

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1955

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

908^{no}

par

SEVIN André, Aimé

externe des hôpitaux de Paris

né le 30 janvier 1921

à Gennevilliers (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le juin 1955

GYNECOLOGIE FONCTIONNELLE

ET NEURO-PSYCHIATRIE

ESSAI DE SYNTHÈSE CLINIQUE

PATHOGENIQUE ET THERAPEUTIQUE

Président : M. LANTUEJOUL, Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1955

THÈSE

Nom du Candidat : SEVIN pour le

Prénoms : André, Aimé ORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Date de soutenance : par

Numéro d'ordre :

SEVIN André, Aimé

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la bibliothèque)

né le 30 janvier 1921

: SEVIN (André, Aimé):	: SEVIN (André Aimé) :
:Gynécologie fonction:	:Gynécologie fonction:
:nelle et neuro-psy- :	: nelle et neuro-psy-:
: chiatric. Essai de :	: chiatric. Essai de :
: synthèse clinique, :	: synthèse clinique, :
:pathogénique et thé-:	:pathogénique et thé-:
:rapeutique - Paris, :	:rapeutique - Paris, :
:1955, 162 p. + XII :	:1955, 162 p. + XII :
:(Th. Med. (Et) Paris:	:(Th. Med. (Et.)Paris:
: 1955 - N°) :	: 1955 - N°) :

GYNECOLOGIE FONCTIONNELLE

:SEVIN (André Aimé)-:	:SEVIN (André Aimé)-:
:Gynécologie fonction:	:Gynécologie fonction:
: nelle et neuro-psy-:	:nelle et neuro-psy- :
: chiatric. Essai de :	: chiatric. Essai de :
: synthèse clinique, :	: synthèse clinique, :
: pathogénique et thé:	:pathogénique et thé-:
:rapeutique - Paris, :	:rapeutique - Paris, :
: 1955, 162 p. + XII :	: 1955, 162 p. + XII :
:(Th. Med. (Et) Paris:	:(Th. Med. (Et) Paris:
: 1955 - N°) :	: 1955 - 1°) :

Président : M. LANTUEJOUL, Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1955

THESE

N°

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

SEVIN André, Aimé

externe des hôpitaux de Paris

né le 30 janvier 1921

à Gennevilliers (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le juin 1955

GYNECOLOGIE FONCTIONNELLE

ET NEURO-PSYCHIATRIE

ESSAI DE SYNTHESE CLINIQUE

PATHOGENIQUE ET THERAPEUTIQUE

Président : M. LANTUEJOUL, Professeur



M. Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM; Baudouin, Brindeau, Cadenat, Carnot, Chabrol, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Gougerot (H.), Guillain, Harvier, Laubry, Lemaitre, Lemierre, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mulon, Olivier (E.), Ombredanne, Sannié, Sezary, Tannoh.

DOYEN Léon Binet
Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean Verne

I - PROFESSEURS

MM.

Anatomie	Cordier (G.)
Anatomie pathologique	Delarue (A.)
Bactériologie	Gastinel (P.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	Chailley-Bert (P)
Biologie médicale	Verne (J.)
Cancérologie médicale et sociale	Huguenin (R.)
Carcinologie	Oberling (C.)
Chimie médicale	N...
	{ Hôtel-Dieu..... Brocq (P.)
	{ Broussais..... De Gaudart-
Cliniques chirurgicales	d'Allaines (F.)
	{ Salpêtrière..... Mondor (H.)
	{ Cochin..... Quenu (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	Merle d'Aubigné
Clinique de cardiologie	Donzelot (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	Fevre (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	Monod (R.)
Clinique de la tuberculose	Bernard (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	Petit-Dutailis
Clinique de puériculture	Lelong (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Degos (R.)
Clinique des maladies du sang	Chevallier (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	Alajouanine (T.)
Clinique des maladies des enfants	Debré (R.)
Clinique des maladies infectieuses	Mollaret (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	Delay (J.)
Clinique gynécologique	Funck-Brentano
	{ Hôtel-Dieu..... Bénard (H.)
	{ Bichat..... Laroche (G.)
Cliniques médicales	{ Cochin..... Moreau (R.)
	{ Broussais De Gennes (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	Justin-Besançon
Clinique médicale propédeutique	Pasteur Valléry-
	Radot (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	Boulin (R.)

Cliniques obstétricales	{ Tarnier	Lantuéjoul (P.)
	{ Baudelocque	Levy-Solal (E.)
	{ Port-Royal	Lacomme (M.)
Clinique ophtalmologique		Velter (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique		Aubin (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes ali- mentaires (chaire à titre personnel)		Richet (C.)
Clinique psychiatrique infantile		Heuyer (C.)
Clinique rhumatologique et sociale		Coste (F.)
Clinique stomatologique		Dechaume (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale		Senèque (J.)
Clinique thérapeutique médicale		Lemaire (A.)
Clinique urologique		Fey (B.)
Embryologie		Giroud (A.)
Génétique		Lamy (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie		Mouquin (M.)
Histologie		Champy (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance		Cathala (J.)
Hygiène et médecine préventive		Joannon (C.)
Médecine du Travail		Desoille (H.)
Médecine légale		Piédelièvre (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale		Galliard (H.)
Pathologie chirurgicale		Ménégaux (G.)
Pathologie exotique		Lavier (G.)
Pathologie expérimentale et comparée		Lenègre (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)		Merklen (F.-P.)
Pathologie médicale		Bariéty (M.)
Pathologie et thérapeutique générales		Garcin (J.)
Pédiatrie sociale		Marie (J.)
Pharmacologie et matière médicale		Hazard (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)		Dognon (A.)
Physiologie		Binet (L.)
Physique médicale		Strohl (A.)
Radiologie médicale		Desgrez (H.)
Technique chirurgicale		Moulonguet (P.)
Thérapeutique		Turpin (R.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES.

	MM.
Anatomie	(Debeyre (J.) (Delmas (A.) (Pr. S. Ch.)
Anatomie pathologique	(N... (Gauthier-Villars (Mlle P. (P.s.ch.) (Busser (F.) (Gouygou (C.)
Bactériologie	Fasquelle (R.) Nevot (A.)
Biologie médicale	Bourlière (F.)

Pathologie médicale	(Dreyfus (Gilbert) (Fauvert (R.) (Hamburger (J.) (Kourilsky (R.) (Lamotte (M.) (Laroche (C.) (Milliez (P.) (Péquignot (H.) (Perrault (M.) (Rambert (P.) (Thieffry (St.) (Turiaf (J.)
Pédiatrie	(Joseph (R.) (Laplane (R.) (N...
Pharmacologie	(Lévy (Mlle J.) Pr. s. ch. (Cheymol (J.H.) Pr. s. ch.
Physiologie	(Bargeton (D.) Pr s. ch. (Parrot (J.L.)
Physique médicale	(Djourno (A.) Pr. s. ch. (Gougerot (L.)
Pneumo-phtisiologie	Kreis (B.)
Psychiatrie	Baruk (H.)
Psychiatrie infantile	Michaux (L.)
Stomatologie	(Cernéa (P.)
Thérapeutique	(Chaput (Mme A.)
Urologie	Perrault, chargé de l'ensei- gnement. Kuss (R.)

III - PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES

RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens :

MM. Brindeau (A.) (Obstétrique) ; Gatellier (J.) (Clinique chirurgicale) ; Le Lorier (V.) (Obstétrique) ; Vaudescal (R.) (Obstétrique).

IV - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE,

à titre permanent :

Clinique chirurgicale (Ameline (A.)
(Patel (J.)
(Sicaud (A.)

MM.

Chimie médicale	(Jayle (M.F.) Pr s. ch. (Ettori (J.) Pr s. ch. (Schapira (G.)
Dermato-Syphiligraphie	Duperrat (F.) (Bulliard (H.) Pr. s. ch. (Coujard (R.)
Histologie	(N...
Hydrologie	Debray (C.)
Hygiène	(Boyer (J.) (Deparis (M.) (Derobert (L.)
Médecine légale et du Travail	(Gaultier (M.) (Hadengue (A.)
Neurochirurgie	David (M.)
Neurologie	Seze (S. de) (Grasset (J.) (Lepage (F.) (Mayer (M.)
Obstétrique	(Merger (R.) (Morin (P.) (Ravina (J.) (Varangot (J.) (Offret (G.)
Ophtalmologie	(Desvignes (P.)
Orthopédie	Judet (R.) (Halphen (E.) Pr s. ch. (Aubry (M.)
Oto-rhino-laryngologie	(Maduro (R.)
Parasitologie	(Brumpt (L.) (Chabaud (A.)
Pathologie chirurgicale	(Aboulker (P.) (Baumann (J.) (Gosset (J.) (Huguier (J.) (Laurence (G.) (Leger (L.) (Lortat-Jacob (J.) (Olivier (Cl.) (Padovani (P.) (Poilleux (M.) (Roux (M.) (Rudler (J.-C.) (Verne (J.-M.)
Pathologie expérimentale	N...
Pathologie médicale	(Bernard (J.) (Boudin (G.) (Castaigne (P.) (Conte (M.) (Decourt (J.) (Domart (A.)

Clinique médicale MM.
 (Brouet (G.)
 (Cachera (R.)
 Clinique médicale (Haguenau (M.) Pr.s.ch.
 (Marchal (G.)
 (Soulié (E.)
 Clinique obstétricale Ecalle (G.)
 Clinique ophtalmologique Renard (G.)
 Clinique urologique Couvelaire (R.)

Secrétaire général de la Faculté MM.
 Morel (J.)
 Secrétaire Mlle Chaintreuil (G.)

Conservateur, chargé de la direction Docteur Hahn (A.)
 Conservateur Mlle Goichon
 (Mlles Dumaitre (P.),
 Bibliothécaires (Lenoir (G.), Métin (F)
 (Quiévreux (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté
 que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront pré-
 sentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs
 et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes parents,

en témoignage de ma profonde gratitude pour les
études que, grâce à eux, j'ai pu faire.

A ma femme,

licenciée es-lettres et étudiante en médecine,
dont les qualités de coeur et le courage m'ont
aidé à supporter une longue adversité.

A mes fils, Philippe et Patrick,

en espérant qu'ils pourront faire mieux.

A ma grand'mère,

A mon frère,

docteur en médecine, pour tout ce qui nous a
unis, de l'école à la faculté, et nous gardera,
à l'avenir, une égale affection.

A mes beaux-parents,

auprès de qui j'ai toujours trouvé affectueuse
compréhension et inlassable générosité.

A ma belle-soeur,

A ma famille,

A mes amis.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Lantuéjoul,

Professeur de Clinique obstétricale à la faculté,

Gynécologue accoucheur des hôpitaux,

Membre de l'Académie de Médecine,

Officier de la Légion d'Honneur,

qui nous a fait le grand honneur

d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage très respectueux.

A notre Maître,

Monsieur le Professeur Agrégé R. Merger,
Gynécologue-accoucheur des Hôpitaux
et du Centre Médico-Chirurgical Foch.

Nous lui devons notre formation de gynécologue,
au cours de deux années passées dans son service.

Qu'il trouve ici le témoignage respectueux de
notre gratitude et de notre fidèle dévouement.

A Monsieur le Docteur M. Bachet,

Médecin neuro-psychiâtre

du Centre Médico-Chirurgical Foch,

avec l'expression de notre reconnaissance pour l'accueil
particulièrement bienveillant qu'il nous a réservé dans
son service, et les précieux conseils qu'il nous a
prodigués dans la rédaction de cette thèse.

A Monsieur le Docteur J. Lévy,

Gynécologue-accoucheur assistant des Hôpitaux
et du Centre Médico-Chirurgical Foch,

pour l'heureuse influence qu'il exerça
sur notre nouvelle orientation.

Avec nos vifs remerciements.

A Messieurs les Docteurs R. Gaud

P. Marchais

J. A. Martin

J. Melchior,

assistants du Centre Foch,

pour les malades qu'ils nous ont confiées
et la sympathie qu'ils nous ont témoignée.

A mon ancien condisciple et ami,

le Docteur P. Delaveau,

chef de laboratoire du Centre Foch,

que j'ai retrouvé avec le plus grand plaisir.

A notre Maître d'Internat,

le Docteur P. Delafontaine,

Médecin de l'Hôpital de Saint-Denis.

Nous gardons de son enseignement le meilleur souvenir.

Il nous honore de son amitié.

A notre Maître A. Netter,

qui inspira notre spécialisation et guida nos
premiers pas en gynécologie, au cours d'un an
d'externat dans son service.

A nos Maîtres d'Externat,

Monsieur le Docteur A. Ravina,
Monsieur le Docteur Ch. Flandin,
Monsieur le Professeur Agrégé J. Decourt,
Monsieur le Docteur P. Hillemand,

médecins des Hôpitaux.

A nos Conférenciers d'Internat,

Monsieur le Docteur Ph. Monod-Broca
chirurgien des Hôpitaux,

Monsieur le Docteur P. Choubrac
médecin des Hôpitaux,

pour l'amicale sympathie qu'ils nous ont toujours
manifestée.

INTRODUCTION

D'une constatation pratique découle l'inspiration de ce travail. En effet, dans un service de gynécologie, un nombre assez élevé de consultantes régulièrement suivies et traitées ne paraissent pas améliorées de façon satisfaisante. Parfois, dès l'abord, leur comportement peut attirer l'attention (excitation anxieuse ou dépression), ou les troubles qu'elles signalent d'emblée évoquer une diffusion fonctionnelle ou réactionnelle vaso-motrice. Elles orientent vers des recherches complémentaires.

L'examen physique de ces malades n'est pas négatif, mais il ne justifie pas l'emploi de l'une des principales ressources thérapeutiques : endocrinothérapie, chirurgie, physiothérapie. Par contre, l'expérience montre l'efficacité de la psychothérapie pour quelques-unes de ces consultantes. C'est ainsi que l'élimination du diagnostic de fibrome ou de cancer entraîne souvent automatiquement la disparition des troubles fonctionnels.

Le psychothérapie n'est pas une spécialité, mais elle est inséparable d'un grand nombre d'actes médicaux ou chirurgicaux. Ces succès eux-mêmes sont tels qu'on se demande si d'autres guérisons ne pourraient être obtenues par suppression d'une angoisse ou d'un malaise à condition d'y consacrer une étude plus prolongée.

Nombre de données déjà anciennes évoquent ce problème et conduisent aux conceptions modernes de médecine psycho-somatique, qui sont souvent (mais pas toujours) d'origine psychanalytique. Ces conceptions sont variables suivant les pays, suivant les auteurs, et même suivant l'évolution parfois rapide d'une même

école.

Des très nombreux travaux plus anciens qu'il nous est impossible d'évoquer dans ce travail, nous ne citerons que certaines données fondamentales : histoire de conception des rapports entre le physique et le moral, histoire de l'individualisation des grands syndromes psychiatriques, d'où émane toujours (et même plus que jamais) la question suivante : "A partir de quand telle ou telle symptomatologie est-elle psychiatrique ?".

Les cas de passage à la psychiatrie "vraie" sont souvent difficiles à savoir, parce que les signes en sont ébauchés. Ainsi en témoignent notamment de nombreux travaux sur la neurasthénie, et en particulier les conceptions de la neurasthénie sexuelle de Beard.

Ce qui nous fait évoquer les sources de la psychanalyse freudienne.

Nos observations feront assez souvent état des rapports entre les phénomènes sexuels ou juxta-sexuels et de nombreuses formes de douleurs, de malaises, d'anxiété, d'obsessions vraies au sens psychiatrique du terme, de psychoses. L'exposé de nos observations, de nos succès thérapeutiques, de nos échecs - sans dissimuler ce que nous connaissons de nos insuffisances - servira de confrontation avec tout ou partie de cette discipline, de ses propres résultats thérapeutiques par exemple.

En prendre nous-mêmes l'initiative dépasserait le but de ce travail. De même, nous ne ferons que citer les travaux de l'école viennoise, la psychanalyse dite "accélérée" de Stekel.

De nombreux volumes spécialisés, des grandes collections classiques, comportent chapitre par chapitre des descriptions qui touchent à notre sujet. Par exemple, au tome de gastro-entérologie les névroses d'angoisse à forme digestive ; au tome traitant de cardiologie, les descriptions de tachycardie paroxystique et de lipothymie névropathiques. Ces troubles figurant dans ces grands traités sont donc bien classiques par définition.

Bien des observations de consultantes en gynécologie nous font retrouver ces descriptions. Certains cas de tachycardie paroxystique névropathique, avec leur contexte multiple, se maintenaient depuis 7, 8, 10 ans même, ayant eu pour conséquence des hospitalisations, cures, séjours en maison de repos, nombreux arrêts de travail prolongés. Nous espérons contribuer à démontrer que ces états ne devraient pas être plus longs à guérir que la maladie d'Osler par exemple.

De nombreux travaux ont pour auteurs des médecins surtout spécialisés dans le domaine endocrinologique. Un grand nombre de nos malades pourraient être considérés comme relevant de l'endocrinologie fonctionnelle, quelques-unes même de l'endocrinologie sublésionnelle ou lésionnelle au début.

L'évolution prémenstruelle des troubles chez nombre de nos malades ébauche, et, pour quelques-unes, définit les syndromes décrits sous le nom de psychose hyperfolliculinique. Ceci sans que nous puissions traiter ici du chapitre des psychoses endocriniennes chez la femme.

D'autres malades ont présenté en même temps que l'apparition

de la symptomatologie gynécologique, des accidents de type anaphylactique (urticaire le plus souvent, asthme parfois). Le nombre de nos malades associant ces troubles est relativement élevé. Ceci frappe d'autant plus que si on précise leur date d'apparition, on constate une relation très nette avec l'affection sexuelle et les troubles gynécologiques.

On voit ainsi quels travaux sont rappelés, quels problèmes sont posés : anaphylaxie émotive, rapport entre choc émotif et choc anaphylactique, modification du terrain, provoquée par une évolution endocrinienne, gynécologique, génitale, émotivo-sexuelle ou atteignant tous ces domaines, rôle du dysfonctionnement endocrinien chez la femme dans la création du terrain.

En résumé, les faits observés d'une façon courante dans un service de gynécologie nous ont amenés à approfondir leurs corrélations et leur retentissement psychiatrique et à nous appuyer sur ces deux spécialités pour y porter remède.

MODE DE RECRUTEMENT :

La consultation de gynécologie a dirigé 100 malades sur les 150 qui font l'objet de cette étude.

Avant l'examen gynécologique, la consultante avait répondu à un interrogatoire relatif à ses antécédents médicaux ou chirurgicaux, puis la raison dominante de consultation était précisée. Ainsi les malades examinées présentaient toutes, soit un seul, soit plusieurs des troubles suivants :

- Dysménorrhée dont l'importance, les manifestations, la répétition, la gêne apportée à l'activité familiale ou professionnelle, dépassaient les troubles considérés comme étant "banaux". Ou bien c'était l'apparition nouvelle de ces douleurs surprenant une femme, dont les règles n'avaient jamais été douloureuses jusqu'alors.
- Des douleurs pelviennes, plus ou moins continues, parfois avec paroxysmes, celles-ci indépendantes des périodes menstruelles.
- Des troubles des fonctions sexuelles variables, pouvant être rattachés aux dyspareunies, vaginisme, frigidité, ayant souvent emprunté, au cours de l'évolution, à ces divers symptômes.

L'examen complet montrant le polymorphisme et la diffusion plus ou moins étendue des signes, nous avons pensé intéressant d'ajouter à ces 100 cas les 50 cas adressés par d'autres consultations, mais qui concernaient des femmes présentant aussi des troubles gynécologiques. Presque toutes d'ailleurs avaient été suivies ou l'étaient encore dans une autre consultation de gyné-

cologie.

Ces malades avaient pour origine la consultation de chirurgie orthopédique (Prof. Agr. Padovani, Dr Raynaud), les consultations de chirurgie des voies digestives (Dr A. Mouchet), ou de médecine des voies digestives (Dr Gorse, Dr Brûlé, Dr Gaussens), la consultation ou le service de médecine générale (Dr Morin, Dr Lafon, Dr Graveleau), la consultation de cardiologie (Dr Delamarre).

Enfin, d'autres cas auraient été considérés d'emblée névrotiques, y compris quelques cas d'alcoolisme féminin. Il est intéressant de signaler que certaines malades ont été rattachées à ce groupe, leur mari ayant le premier consulté soit pour dépression, soit quelquefois pour alcoolisme.

Nous avons dû limiter ce dernier recrutement pour le travail ainsi présenté (30 % correspondant à une courte période). Ceci pour les raisons suivantes : nous avons tenu à rester fixés essentiellement aux problèmes pratiques posés par la vie d'un service de gynécologie, donc à conserver une importante majorité de malades issues de cette consultation. L'expérience montre que pour les malades dirigées, pour les raisons les plus variables, vers une consultation de "psychiatrie hospitalière" ou de psychothérapie, ou de "médecine psycho-somatique", l'existence de signes fonctionnels gynécologiques présente ou passée est presque constante. Adopter toutes ces malades aurait risqué d'étendre ce travail à un trop grand nombre.

EXAMEN :

On sait que la malade dirigée par le gynécologue peut présenter une anxiété, un malaise, d'origine à la fois affective et sexuelle qui peut être la cause de cet état, cause essentielle ou totale.

Mais inversement, il peut n'exister rien de semblable. Une malade peut avoir des règles particulièrement douloureuses et accompagnées d'autres troubles (gastriques, digestifs, céphalées, migraines ophtalmiques, urticaire, etc.) ; l'examen gynécologique peut être parfaitement négatif, et cependant elle peut ne pas être obligatoirement victime d'un état anxieux réactionnel. Il serait donc dangereux ou nuisible de vouloir systématiquement trouver ce malaise à tout prix, lier mal à propos les troubles vaso-moteurs aux troubles émotifs.

Encore plus faut-il éviter un interrogatoire immédiatement d'emblée sexologique. C'est risquer d'attribuer à tort une valeur pathogénique fondamentale à des faits banaux, et plus encore de rendre ces souvenirs pathogènes pour la malade, alors qu'ils pourraient n'avoir aucune importance ou une importance minime. Assez souvent, au contraire, le malaise affectif est évident par l'habitude et le comportement. Nous n'en connaissons peut-être la cause que beaucoup plus tard, ou même jamais. Dans de nombreux cas, on pressent les prodromes d'une séparation ou d'un divorce d'autant plus grave qu'il s'agit d'un ménage avec des enfants. Parfois, il faut savoir attendre ; ne pas fixer à tort l'intervention médicale dans la vie d'un couple ; ou ne pas intervenir sans

avoir expliqué le but.

De toute façon, il est indispensable de capter la confiance de la malade, si on veut obtenir d'elle le maximum d'éléments susceptibles d'étayer le diagnostic.

Examen du comportement de la malade :

Cette étape est absolument capitale ; elle nécessite une certaine habitude, mais assez rapidement acquise. C'est lui qui fixe, non pas toujours, mais assez souvent, la poursuite de l'interrogatoire. L'étude de la gestualité, de la mimique, des réactions émotives, des troubles vaso-moteurs, est essentielle. Cependant, assez souvent, le comportement de la malade est calme, normal. Il ne présente rien de particulier, compte-tenu de la fréquente et banale inhibition de consultation. Mais pour de nombreux cas, l'attitude de la malade évoque un malaise, une dépression. Tantôt hyperréactivité, aussi bien vaso-motrice qu'émotive, pouls instable tachycardique, ou au contraire tendance à la bradycardie, aux lipothymies avec sueurs, instabilité gestuelle et mimique. Au cours de l'interrogatoire, un signe extrêmement fréquent d'une variété spéciale : la réponse à côté ; l'histoire des troubles est remplacée par l'histoire des traitements suivis du nom du médecin. Sans professer à priori une doctrine psychanalytique, on ne peut ne pas évoquer la recherche d'un appui dans l'oubli de la ou des causes. Ces malades ont parfois subi plusieurs interventions. Il faut bien connaître la symptomatologie du spasme du sanglot, ses équivalents, ses signes précurseurs même lointains.

D'autres malades, au contraire, sont franchement déprimées mais calmes, d'un aspect semi-résigné, d'autres expressions reflètent une inquiétude permanente.

Enfin, dans quelques cas, beaucoup plus rares, c'est l'aspect classique, méfiant, énigmatique, évoquant le délire dû à un syndrome parasite à un stade perplexe ou dépassé.

Dans tous les cas, que la malade paraisse ou non déprimée, avant, et parfois longtemps avant toute étude des causes affectives, il faut faire le bilan des autres troubles fonctionnels.

L'interrogatoire recherche un contexte montrant la diffusion des troubles :

Tantôt il n'existe pas, ou tout au moins localisé : trouble fonctionnel purement gynécologique ;

Tantôt il existe. Alors qu'une enquête directe affective et sexuelle risquerait d'être indisposante et trompeuse, l'ordonnement des questions qu'il comporte est précieux. En effet, la mise en évidence frappe la malade, et lui redonne confiance si elle n'a pas compris pourquoi elle était dirigée vers une autre consultation.

On étudie les troubles du sommeil : insomnie, mentisme, ou agitation nocturne avec cauchemars.

- La fatigue "vaso-motrice" sans raison apparente par "manque de goût", le manque d'intérêt à tout effort, souvent par crises ou bouffées accompagnées d'anxiété, de sensation d'épuisement dès le lever.

- Les troubles cardiaques, variables depuis la tendance très

exagérée aux tachycardies émotives avec palpitations intenses, jusqu'aux formes de névrose tachycardique.

- Le retentissement sur le poids, sur l'appétit, modéré d'ailleurs, ou retentissement quelquefois pseudo-basedowien.

Si une appendicectomie a été pratiquée ou, à plus forte raison, si la malade a été opérée plusieurs fois, la douleur du dos des consultantes de chirurgie orthopédique manque rarement. Si la malade ne l'a pas signalée, elle est surprise de cette question qui tombe juste. Elle confirme son caractère souvent lancinant, comparé à un rongement. L'examen physique montrant une sensibilité de l'aorte abdominale correspondant avec précision à la zone dorsale ou lombaire de la douleur spontanée.

La douleur "à la nuque" ou dans la région cervicale, les équivalents du spasme du sanglot, constrictions cervicales ou de la région épigastrique, sont aussi souvent rencontrées.

Au total, une symptomatologie dépressive affirmée par la réunion des signes ; il faut préciser : son histoire par rapport à la vie de la malade, sa relation entre la symptomatologie gynécologique et l'ensemble.

Etudier l'influence des émotions, du mariage, des grossesses, des diverses interventions. Eventuellement, les périodes de l'histoire de la malade pendant lesquelles eurent lieu ces interventions. Corrélation avec un divorce, un remariage.

D'autres phénomènes sont assez fréquents : les tendances lipothymiques, souvent évoquées par la malade sous le nom de "vertiges", ou des lipothymies complètes avec obnubilation. Elles

accompagnent presque toujours des tendances vagotoniques et des troubles sudoraux (malades aux mains moites), beaucoup plus rarement des crises d'énervement exceptionnellement convulsives.

Des céphalées de tous types, y compris les migraines ophtalmiques et leurs équivalents.

L'examen cutané est important pour la recherche d'urticaire, de dermographisme (1). Dans quelques cas, des troubles pigmentaires nous ont frappés, en particulier un vitiligo apparu après un choc affectif intense et accompagné du blanchiment du système pileux. Nous avons été surpris de ne rencontrer qu'un seul cas de psoriasis. Cette dermatose est pourtant fréquemment retrouvée chez d'autres malades du même type.

On recherche une hypotension orthostatique, affection assez rare, mais pouvant être une cause d'erreur importante. Dans ces cas, on rencontre généralement une légère instabilité tensionnelle.

La nature du terrain est enfin importante à préciser.

En conclusion, après une ou plusieurs consultations, après des essais thérapeutiques prudents, si une cause affectivo-sexuelle existe ou joue un rôle important, la malade souvent spontanément nous en fait part. Sinon, l'étude du contexte clinique nous a servi de fil conducteur pour mettre en évidence son existence sans

(1) Notre habitude est de ne porter ce diagnostic que lorsque la réaction est papuleuse et particulièrement érythémateuse.

toujours connaître exactement son déroulement.

L'étude clinique complète a révélé d'autres symptômes que les troubles gynécologiques. Leur groupement évoque la dépression, la réaction pénible. On est ainsi insensiblement passé du prétexte gynécologique aux troubles généraux, et de ceux-ci à la dépression nerveuse.

Comparaison avec les "douleurs du dos" d'origine affective :

Une importante étude et de nombreuses recherches avaient été faites antérieurement : l'étude d'un certain nombre de "douleurs du dos" et de coccygodynies inspirées par le Professeur Padovani(1)

Nous savions que le malaise, l'anxiété, étaient extrêmement différents par leur origine, leur évolution, leur intensité, d'une malade à l'autre, et nullement susceptibles d'un traitement univoque. La révision méthodique et totale de la symptomatologie qui ne pouvait manifestement être vertébrale, amenait la malade à découvrir elle-même, sinon l'origine de ses troubles, du moins leur rôle considérable, par l'intermédiaire de l'anxiété aux traductions authentiquement physiques. Nous savions que pour certaines malades, il ne pouvait être question de guérison complète, tout au moins du malaise auxiogène, du fait des conditions extérieures :

(1) Il est question ici de celles qui sont apparues d'origine affectivo-sexuelle et non pas d'une foule d'autres douleurs : rhumatismales, de position, professionnelles, vaso-motrices, lombagos subaigus ou aigus, etc., qui sont parfois justiciables de réflexothérapies et même avec un résultat beaucoup plus sûr que les douleurs du dos d'origine affectivo-sexuelle.

sociales, familiales, conjugales.

Surtout quand il s'agit de ces douleurs pseudo-vertébrales, il existe toujours un état dépressif, une importante participation affectivo-sexuelle, conflit ou malaise profond. Il est extrêmement variable : vouloir en énumérer les modalités, c'est vouloir grouper ou opposer tout ce qui peut avoir rapport avec la sexualité, jusqu'aux sentiments les plus élevés, mais il existe toujours.

Or, pour les malades venues de la consultation de gynécologie, il peut en être tout autrement. Ici, tout ce qui est fonctionnel ne signifie nullement causé par un malaise affectivo-sexuel. Par conséquent, les malades groupées par ces variétés de douleurs vertébrales peuvent être, sous certaines réserves, dirigées vers un service intitulé service de psychothérapie. Mais pour nombre de malades atteintes de dysménorrhées qui ne sont que l'exagération de phénomènes banaux des douleurs pelviennes, des céphalées, des dysfonctionnements endocriniens, on conçoit et on craint une surprise et une réaction peu favorable. Nous verrons que pour beaucoup de ces malades, comme pour beaucoup d'autres dirigées par les diverses spécialités, le problème du changement de titre du service se pose.

Consulter en gynécologie c'est faire examiner ses organes génitaux. Se voir dirigée vers une consultation dite de psychothérapie, peut provoquer une foule d'associations d'idées, de raisonnements défavorables : fuite de la malade (très rare), établissement chez certains sujets d'un auto-diagnostic plus souvent

nuisible qu'utile, parfois à la faveur de lectures savantes ou de plus humbles vulgarisations.

Enfin, dans cette consultation, même s'il n'est nullement question de psychothérapie, même si la malade est uniquement traitée par des méthodes réflexothérapiques, cas fréquent, dans tous les cas, la confrontation agit au-delà d'un geste médical habituel (rédaction d'une ordonnance).

"diagnostics destructeurs". Nous ne pouvons ignorer l'effet de ces productions dont les formes sont adaptées à toutes les façons de penser, à toutes les cultures, sans en excepter celle des carrières universitaires les plus brillantes.

Nous ne saurions mieux illustrer cette influence littéraire que par l'observation suivante :

Observation :

Mlle X... 28 ans. Vue pour la première fois en 1948 dans le service du professeur agrégé Padovani à Ivry. Le problème de l'opportunité d'une greffe vertébrale a été posé. Négativité des examens cliniques radiologiques du rachis. Etats de malaise dépressif, insomnies, palpitations. Très grande fatigue. Manque de goût du type "neurasthénique".

Hospitalisée depuis 1 mois. Mais longues périodes d'arrêt de travail depuis des années : maisons de repos. Séjours hospitaliers. Considérée comme présentant une grande impotence depuis environ trois ans. Fille unique de petits commerçants. A fait de bonnes études (B.E. ; concours pour une administration, devenue fonctionnaire). Psychothérapie de contact, simple, "bonnes paroles". Quitte le service un peu améliorée. Au cours des conversations, la sexualité, les aventures, ont été évoquées : sans plus, nullement disséquées ; Mlle X... aspirait à une vie régulière, conjugale, de mère de famille.

Possibilité de dépression légère de l'adolescence, favorisée par des scènes violentes entre le père et la mère. Mlle X... ne se marie pas, a quelques liaisons peu nombreuses, la plupart assez

longues.

Plusieurs jours après sa sortie, elle nous téléphone, demande un rendez-vous, puis le décommande ; quelques jours plus tard, demande un autre rendez-vous et vient nous annoncer, au cours d'un état pénible, que la masturbation était un fléau social. Nous n'avons pas, nous y insistons, poussé les investigations concernant sa vie sexuelle. Mlle X... est une assidue du mouvement des Auberges de Jeunesse auquel elle participe sans doute par goût sportif, mais certainement par réaction contre sa solitude. Elle a suivi un certain nombre de conférences et de discussions concernant l'éducation sexuelle, la confidence paraît beaucoup plus le fait de ces sortes de tentatives de libération manquée que celui de notre examen. Essai de psychothérapie simple, la reprise du travail est envisagée. Auparavant, elle termine un congé de maladie dans le Midi. Guérison complète par une liaison avec un individu plein de brio. Elle sera de courte durée, car il s'agit d'un exerce déserteur, bientôt arrêté. Mlle X... a manifestement voulu réagir "à l'importe comment". Elle peut néanmoins reprendre son travail. Liaison de longue durée avec un autre homme qui partage affectivement ses aspirations, ses idées. Malheureusement, il s'agit d'un psychasthène que nous aurons bientôt en traitement et avec lequel elle ne demeurera que par affection et pitié environ pendant deux ans.

Nous n'avons rien su de la malade que peu de temps après ces deux années. Elle a pu effectuer un travail régulier, réduire et probablement supprimer la menace qui pesait sur son avenir

professionnel. La douleur du dos a presque toujours disparu.
Persistent de fréquentes bouffées d'anxiété, d'asthénie, de manque
de goût, de vagues idées d'en finir par périodes.

TRAITEMENT

Si nous abordons déjà ce problème, c'est parce qu'il est inséparable des observations cliniques. Nous illustrerons chaque méthode thérapeutique de ses indications propres, nous réservant ultérieurement d'adapter, aux cas les plus difficiles, l'association des divers traitements.

LES REFLEXOTHERAPIES

A) Le traitement par irritation cutanée locale (T.C.) :

Un très grand nombre de douleurs sont supprimées ou atténuées par l'irritation cutanée de la peau, cette irritation cutanée ayant lieu essentiellement là où siège la douleur spontanée ou provoquée.

Ce résultat peut être définitif ou ne durer que quelques jours, voire quelques heures. Un résultat durant quelques heures ou quelques jours a une valeur ; un résultat de quelques dizaines de minutes est considéré comme un échec.

Cette efficacité complète ou incomplète, d'une durée variable, indique en général que le signe fonctionnel est dû à un trouble congestif, vaso-moteur circulatoire sans lésion organique (1).

Cependant, il faut savoir qu'un succès ne doit pas faire

(1) Signalons qu'il est parfaitement inefficace dans les algies dites sympathiques, les séquelles du zona, la plupart des névralgies faciales, la plupart des algies diffusantes type Leriche.

éliminer systématiquement des affections lésionnelles. Des rémissions fonctionnelles ont été obtenues dans quelques états spasmodiques, au cours de cancers digestifs, même dans certaines douleurs et troubles urinaires dus à des tumeurs médullaires, exceptionnellement il est vrai.

Plus intéressants encore et présentant un intérêt au point de vue thérapeutique, sinon étiologique, sont les résultats obtenus dans certains ulcères duodénaux affirmés par le spécialiste après clichés multiples, certaines complications de cholécystites pourtant certainement lithiasiques, certains glaucomes douloureux avec vérification de la tension oculaire avant et après traitement.

Il ne faut donc pas éliminer systématiquement, du seul fait d'un soulagement ainsi obtenu, une affection lésionnelle, parfois justiciable d'un autre traitement, d'une intervention chirurgicale.

Cependant, dans l'immense majorité des cas, ce traitement est surtout actif dans les affections non macroscopiquement et définitivement lésionnelles.

Cette thérapeutique n'agit pas par action "psychique".

Elle ne fait pas intervenir une mise en scène, une suggestion, encore moins l'évocation d'un courant électrique ou d'un quelconque "fluide" transmis par l'appareil (simple pelote d'aiguilles ordinaires à injection intramusculaire). Il ne s'agit donc pas d'une thérapeutique de "terrorisme mineur" (1) comme on l'a

(1) Perrault, Boris Klotz, Harl dans le tome de Thérapeutique de l'Encyclopédie médico-chirurgicale (25985 A 50).

parfois nommé après avoir évoqué la faradisation de Clovis Vincent, considérée par les créateurs de l'expression comme représentative du "terrorisme majeur". Un témoignage en est l'action sur les douleurs, sur maintes affections : lumbago, torticollis, névralgie intercostale aiguë ou subaiguë, nombre de céphalées, dans certaines migraines ophtalmiques, etc.

Lorsque le traitement est fait au domicile du ou de la malade par le conjoint, l'action est identique, sous réserve d'une technique bien suivie et précisée. C'est cependant la malade qui achète les aiguilles (sous cutanées ou intradermiques), elle est donc bien assurée qu'il n'y a "rien dedans". Chez nos malades dirigées par la consultation de gynécologie, on constate : que le traitement fait disparaître les zones douloureuses trouvées par le palper des grosses artères abdominales du creux épigastrique à la région ovarienne.

La suppression de cette douleur provoquée s'accompagne pour un temps rigoureusement identique de la disparition de la douleur spontanée :

douleur de la région ovarienne,

douleur pelvienne,

douleur pseudo-vertébrale (s'il s'agit de la douleur du dos associée).

Le traitement supprime souvent les douleurs à distance. C'est le cas pour un très grand nombre de migraines ou céphalées, tantôt prémenstruelles, tantôt accompagnant d'autres phénomènes fonctionnels gynécologiques, digestifs, ou abdominaux. Par

exemple, une malade présente lors de l'examen un état nettement céphalagique ou migraineux. Au palper de l'aorte entre la xyphoïde et l'ombilic, une zone très anormalement sensible. Le traitement cutané de cette région rend ce palper identique ou presque à celui d'une autre région de l'abdomen sans gros vaisseaux (région sous hépatique ou colique gauche ou vésicale). La pression est "neutre", ni angoissante, ni pénible, lorsque le pouls aortique bat sous le doigt. On constate alors que dans un très grand nombre de cas, la céphalée ou la migraine disparaît en même temps.

Cette réflexothérapie, employée soit seule, soit renforcée par d'autres procédés que nous étudierons, a une action favorable sur presque tous les troubles adressés par la consultation de gynécologie.

Cette action est immédiate, surprenante, plus rapide que celle de l'aspirine lorsque ce produit supprime une douleur quelconque.

Elle est, dans une certaine mesure, démonstrative et joue un grand rôle dans la confiance et la persévérance des malades (1).

(1) Il est exceptionnel qu'une malade se révolte parce qu'elle n'est pas traitée par un ou des médicaments. L'habitude de sortir d'une consultation avec une ordonnance est beaucoup moins dogmatique et irréversible qu'on ne le pense. Il faut cependant donner quelques explications. La démonstration du fait que les signes pouvant disparaître passagèrement sont réversibles, donc peut-être curables, est importante. Dans de nombreux cas, cette confiance dans cette réflexothérapie est renforcée par la réputation de succès de l'acupuncture.

Elle est durable, nullement limitée à quelques dizaines de minutes, persiste un jour ou deux, ou plus. Elle n'est qu'exceptionnellement, semble-t-il, définitive, après une seule séance. Une réserve quant à son efficacité : l'existence de névrose tachycardique marquée avec crises de tachycardie paroxystique, importantes et répétées. Pour des raisons encore non complètement élucidées, il ne faut pas s'attendre à des résultats aussi permanents (1). Ceci, bien que des malades cardiaques et artéro-scléreux présentant des crises de tachycardie paroxystique nullement névropathique, aient pu être soulagés et améliorés. Mais les névroses tachycardiques ne représentent qu'un petit nombre parmi ces malades gynécologiques.

Nous avons longuement décrit les profondes différences qui séparent les malades qui nous sont adressées. Par exemple, on peut opposer schématiquement :

d'une part, la malade présentant une dysménorrhée qui n'est que l'exagération d'un trouble banal, sinon normal, à

d'autre part, la malade associant aux troubles gynécologiques un état dépressif, sous la dépendance d'un malaise affectif et sexuel.

Dans les deux cas, des zones douloureuses au palper seront décelées devant les gros vaisseaux. Pour le premier cas dans la période prémenstruelle, et souvent d'autant plus bas situées que

(1) Parmi ces raisons, il faut penser aux notions physiologiques, action différente, opposée des systèmes vaso-moteurs, d'une part sur le rythme cardiaque, d'autre part sur le système musculaire des organes sous-diaphragmatiques.

les règles sont proches.

Dans les deux cas, le traitement cutané est immédiatement efficace. Cette efficacité pose aussitôt un problème critique qui doit être résolu.

La seconde malade (dépression dont l'origine est affectivo-sexuelle), n'a été soulagée que passagèrement, parce qu'à un malaise d'origine "psychique" on a appliqué un traitement "psychique" (agissant sur l'imagination par exemple). Elle a été soulagée parce que l'état émotif particulier a des conséquences vasculaires, spasmodiques, congestives, et que le traitement a supprimé pour un certain temps ces conséquences. Il n'a naturellement pas guéri la cause du malaise et la récurrence est certaine.

Il faut s'attendre à des succès probants, surtout lorsque les troubles ne seront pas accompagnés de manifestations dépressives importantes, provoquées totalement ou en large part par un problème affectif.

B) Les autres réflexothérapies :

Elles sont essentiellement locales. Cependant, nous verrons dans quelques cas particuliers l'utilisation de réflexothérapies générales.

Au "T.C.", on peut associer ou substituer l'injection intradermique de très petites quantités d'eau bidistillée ("I.D.E.B.")

En pratique, les résultats obtenus sur la douleur peuvent être comparés à ceux du premier traitement.

Il faut tenir compte de l'irritation douloureuse, de peu de

durée, mais assez vive. Elle provoque une action diffuse qui peut libérer l'émotivité, parfois provoquer une crise de larmes. Dans ces cas, elle est généralement faible, la malade étant couchée. La malade étant debout, on pourrait observer une réaction lipothymique.

L'inconvénient de cette méthode est la douleur provoquée. Elle nécessite quelques précautions, car suivant la sensibilité, les réactions sont très variables. Nous demandons à la malade de nous interrompre elle-même, dès que la douleur est aiguë.

Le traitement cutané local évoque aussitôt le traitement local classique par l'histamine. En fait, chez d'assez nombreuses consultantes, ce dernier est utilisé. Il n'a cependant été qu'exceptionnellement employé en gynécologie, où il n'a pas paru donner des résultats supérieurs.

De même, nous ne ferons que signaler d'autres traitements réflexothérapiques locaux : après "T.C.", la peau irritée peut être arrosée de substances aux actions vaso-motrices variables : venins, acide nicotinique, 4560 RP, etc. Nous ne les avons employés que rarement chez ces malades, mais des essais sont en cours.

Par ailleurs, le rapprochement avec l'acupuncture a été fait dès la présentation de la méthode à la Société Médico-Psychologique. Insistons sur les différences évidentes de techniques, en admettant la possibilité de mécanismes voisins, pour les succès, dans quelques cas.

C) Résultats des réflexothérapies :

Lorsque le succès est acquis, par exemple, pour les dysménorrhées, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'un succès relatif : la malade étant obligée, pour ne plus souffrir, d'être traitée chaque mois pour un temps indéfini.

L'expérience montre de façon constante que, lorsque le traitement est nettement actif, la progression est telle qu'il peut être de moins en moins énergique. Puis, au bout d'un temps variable (3 à 5 périodes menstruelles), il devient inutile. La malade n'est plus suivie que pour obtenir la certitude de la guérison, sans être traitée.

Il est évidemment difficile d'expliquer cet épuisement des phénomènes fonctionnels. On peut évoquer "une rupture de l'habitude douloureuse", formule très provisoire. Plus intéressante est la comparaison avec les migraineux ou céphalalgiques, traités par l'irritation cutanée (lorsque celle-ci est efficace, ce qui n'est pas constant). Des céphalées très fréquentes sont supprimées, quelques jours la première fois, un temps plus long la seconde fois ; au bout de quelques séances, la malade paraît définitivement guérie, ou tout au moins est suivie des mois et des années sans céphalées, bien que le traitement soit depuis longtemps arrêté.

Guérisons obtenues par la seule réflexothérapie, dans le cas de dysménorrhées simples :

Observation :

Claudine B... 17 ans $\frac{1}{2}$, habitant Caen, consulte pour une dysménorrhée primitive. Ses règles ont débuté à 12 ans $\frac{1}{2}$. Elle s'en souvient fort bien. Elle était en classe. L'intensité des douleurs pelviennes qui en ont marqué l'installation, un malaise général, l'ont obligée à rentrer chez elle, accompagnée d'une camarade. Signalons, sans plus, que sa mère l'accueille ainsi : "Tu es une femme maintenant, tu souffriras chaque mois."

C'est le premier jour des règles, sans aucune manifestation prémonitoire, qu'apparaissent des douleurs pelviennes très intenses, à type de pincement, de torsion avec quelques douleurs lombaires, beaucoup plus discrètes. Ces troubles s'accompagnent de manifestations de type vagotonique des plus nettes, nausées, vomissements, tendance lipothymique ayant entraîné, une fois, une perte de connaissance complète. Il s'agit d'un syndrome abdominal aigu, dont l'intensité égale une crise vésiculaire moyenne. Cette crise ne dure que quelques heures, mais une douleur atténuée persiste pendant trois jours (flux menstruel peu abondant, avec caillots). Alitement complet obligatoire 3 jours tous les 28 jours. Multiples traitements : hormonothérapie et sédatifs nervins n'apportent aucun soulagement. Une appendicectomie en octobre 1953 : aucune amélioration, sinon aggravation. Instabilité professionnelle du fait de la durée des troubles. Vue par le

professeur Merger le 9 août 1954 : aucune anomalie génitale, par le toucher rectal. Une dernière tentative thérapeutique à base de ganglioplégiques échoue. A l'examen, une forte douleur au palper solaire, à la bifurcation aortique le long des deux artères iliaques primitives. Hospitalisée parce qu'elle habite Caen. Traitement local : "T.C." + "I.D.E.B." Toutes les douleurs réveillées par le palper disparaissent après le traitement, transitoirement d'ailleurs. Doit être traitée ainsi 5 jours, chaque mois, juste avant ses règles.

Premier traitement : échec apparent du point de vue de l'intensité des douleurs ; cependant, ont disparu : nausées, vomissements et tendances lipothymiques.

Deuxième hospitalisation : 6 jours avant les règles. Elle signale qu'entre les règles ont persisté des douleurs pelviennes atténuées, qui n'existaient pas auparavant. Au palper, une sensibilité préovarienne bilatérale, que nous attaquons par le simple "T.C." La douleur disparaît aussitôt. Le traitement est renouvelé quotidiennement jusqu'au 26 octobre, date d'arrivée des règles, en avance. Douleurs insignifiantes, lever le premier jour. Elle ne souffre pas spontanément, seule la palpation de la bifurcation aortique réveille une douleur sourde. Aucune des autres manifestations.

Troisième hospitalisation : 7 jours avant les règles. La pression n'objective aucun point douloureux du lambda vasculaire. Simple "T.C." minima. Règles normales. Reprise du travail à Paris. Suivie à titre externe, lors de deux autres périodes prémen-

truelles. En l'absence de toute douleur provoquée, aucun traitement. La malade travaille sans aucune fatigue et ne souffre plus. Sa dysménorrhée paraît guérie.

La dysménorrhée a semblé isolée, pas de conflit affectif connu, familial ou professionnel.

Observation :

Mlle Micheline E... 24 ans, secrétaire, consulte le 27 février 1954 en gynécologie, pour dysménorrhée, apparue en 1949. Les règles régulières : 30 jours / 4 à 5 jours, sont accompagnées de douleurs pelviennes et lombaires les deux premiers jours, précédées d'une tension douloureuse des seins, signe prémonitoire, qui ne la trompe pas. Elle s'inquiète tout autant d'une dyspareunie profonde avec frigidité dissociée : libido sans voluptas.

Une série de frottis vaginaux montre un cycle cyto-hormonal normal avec simplement une poussée d'hyperfolliculinie vers la date d'ovulation.

Avant les règles, le docteur Lévy constate des annexes gauches perceptibles et douloureuses, et discute l'éventualité d'une intervention, réservant sa décision après un nouvel examen. Mais, les règles terminées, il ne persiste qu'une sensibilité de la sphère génitale, avec prédominance de celle-ci dans le cul-de-sac de Douglas. La malade est aussitôt adressée dans le service du docteur Bachet. Nous commençons la réflexothérapie le 15 mai, par "I.D.E.B." sur des points iliaques gauches particulièrement douloureux. Mais les règles surviennent le jour même,

évidemment sans changement notoire par rapport aux précédentes, sinon l'impression d'avoir un peu moins souffert le premier jour. Le traitement est ensuite régulièrement poursuivi tous les trois jours par "I.D.E.B." solaire et iliaque, provoquant, chaque fois, une réaction émotive avec sueurs et pleurs qui s'atténue progressivement en même temps que la malade se sent beaucoup plus calme, moins émotive, moins instable vis-à-vis de son entourage. Les règles reviennent le 12 juin, sans douleur vraie, avec un simple fond d'endolorissement pélvien.

Après ces règles, la palpation abdominale ne réveille aucune sensibilité ni spontanée ni provoquée.

Le traitement est néanmoins poursuivi : la malade est parfaitement calme, les piqûres ne provoquent plus de pleurs. Le docteur Marchais note : "La malade paraît complètement guérie". La malade qui sera absente de Paris pendant ses règles de juillet, doit revenir après les vacances, au cas où la dysménorrhée ne serait pas totalement disparue. Nous ne l'avons pas revue.

Commentaires :

Les dysménorrhées simples paraissent curables par cette seule thérapeutique. Nous avons choisi intentionnellement deux cas dans lesquels les douleurs étaient intenses, critiques. Beaucoup d'autres observations peuvent être rapprochées, sans qu'il soit nécessaire de les rapporter, puisqu'il ne s'agit que de dysménorrhées simples.

Efficacité pour des cas de dysménorrhées accompagnées d'irrégularité menstruelle :

Observation :

Mme D... Lydie, 28 ans, consulte pour une dysménorrhée avec règles irrégulières : 28 à 35 jours (docteur Lévy). Pas de conflit affectif retenu. Cependant, note dépressive prémenstruelle à minima mais très nette : anxiété, idées noires, vivacité des réactions affectives et vaso-motrices, insomnies, spasme du sanglot. Echec de traitements antérieurs (rayons U.V., infiltrations de novocaïne). Pas d'autre traitement que la réflexothérapie. Nous nous étions préparés à faire intervenir d'autres méthodes en cas d'échec du fait de la dépression. Traitement régulier pendant trois mois. Guérison complète, avec cycle de 28 jours. Recul de six mois après le début du traitement.

Efficacité dans certains cas de douleurs pelviennes avec ou sans dysménorrhée :

Observation :

Mme B... 37 ans. Douleur iliaque droite. Beaucoup plus permanente que les douleurs menstruelles, sans rapport avec les règles. On pense à une appendicite chronique, mais ce diagnostic paraît devoir être éliminé. Le docteur Gaud nous l'adresse. Pas de notion de diffusion des troubles, de dépression, de réaction

d'origine affective. Guérison complète par réflexothérapie simple d'abord, assez fréquente, puis espacée, puis interrompue. La malade, ne souffrant plus, a été suivie six mois.

Observation :

Mme C... 47 ans. Douleurs du même type, mais prédominant à gauche, depuis six ans. Une guérison très rapide complète paraît assurée au bout de deux mois. Nous n'avons pas cru devoir convoquer systématiquement cette malade pour obtenir la certitude d'un recul plus long, ceci pour des raisons sociales. Il lui a été seulement conseillé de revenir dès la moindre récursive.

Succès dans des cas où la symptomatologie fonctionnelle, bien que locale, semblait faire suspecter une origine affective ou même sexuelle :

Observation :

Mme N... 39 ans, présente une dysménorrhée très gênante. Elle souffre depuis la puberté. Ces troubles ont tendance à s'aggraver, c'est pourquoi elle consulte le docteur Lévy. Par ailleurs, le professeur agrégé Kuss affirme l'existence d'une cystalgie fonctionnelle du type cystalgie à urines claires, amicrobienne.

Cependant, la dysménorrhée est importante : quelques heures de "crise" chaque mois, un jour d'alitement complet, des nausées, des vomissements, une tendance lipothymique aux

moindres tentatives de lever. Elle paraît telle, que nous regrettons de n'avoir pu observer les variations de la T.A. et surtout de sa régulation orthostatique, un jour de crise. A dû être traitée par des injections de morphine à plusieurs reprises. Cycle régulier de 28 jours. Durée 4 ou 5 jours. Nous craignons non pas un échec immédiat, mais un succès incomplet pour les raisons suivantes : l'association cystalgie à urines claires fait suspecter un syndrome cénesthopathique, d'autant plus qu'il existe une dyspareunie, sur laquelle insiste la malade. Cependant, nous avons l'impression que notre consultante présente un bon équilibre émotionnel, pas d'état dépressif, peu ou pas d'insomnies, le syndrome dysménorrhéique est non seulement très important, mais très précis, bien antérieur au mariage.

Mme N... habite le Massif Central. Nous essayons la réflexothérapie locale en l'avertissant de l'échec possible ; nous prévoyons l'association psycho-réflexothérapie, un essai de traitement par le mari.

En octobre 1954, nous commençons le traitement par trois séances de "T.C." sur les zones douloureuses au palper, solaire et iliaques. Il échoue. On emploie l'irritation, plus violente, de quelques gouttes d'eau bidistillée intradermique. Le lendemain, la douleur n'est plus retrouvée au palper, mais la malade se plaint d'une douleur à la nuque. Le 28 octobre surviennent les règles. La douleur est d'une intensité identique, mais d'une durée manifestement raccourcie : 3 heures. Disparition complète des nausées, vomissements, tendances lipothymiques.

Deuxième traitement, dans les mêmes conditions, le 19 novembre. A l'examen, nous ne trouvons qu'un point douloureux au niveau de la bifurcation aortique, qui disparaît par le "T.C." Le traitement est poursuivi quotidiennement jusqu'au 26 novembre. Les douleurs pelviennes et lombaires existent encore, mais sont nettement atténuées et, fait capital, la malade signale une disparition progressive, puis totale, de la cystalgie.

Les règles de novembre sont encore moins douloureuses que les précédentes, mais la guérison ne peut être encore affirmée.

Troisième traitement : du 15 au 22 décembre, reprise du traitement cutané. Règles apparues le 22 décembre. Douleurs réduites au minimum, considérées comme "normales" ou banales.

Quatrième traitement : du 13 au 17 janvier. Mais on note un état de type grippal : 38°5 à 39°, céphalées, asthénie généralisée, algies multiples, compliquées de troubles gastro-intestinaux : vomissements, diarrhée, douleur vive du cadre colique.

Cet état rend difficile l'appréciation de l'amélioration à cette date, du point de vue de la dysménorrhée. Par contre, la cystalgie, disparue complètement depuis le deuxième traitement (novembre 1954), n'est pas réapparue.

Nous retenons, en outre, à propos de la cystalgie, que nous avons informé la malade que nous la traitons pour la dysménorrhée et que nous faisons toutes réserves pour la guérison immédiate de la cystalgie.

Le traitement local n'a jamais été prévésical, mais

toujours prévasculaire (bifurcation aortique, région des iliaques, de l'épanouissement de l'iliaque interne), comme pour toute dysménorrhée.

Les dates de traitement étaient fixées par la date prévue des règles, c'est-à-dire des crises douloureuses menstruelles et non par celle des douleurs cystalgiques dont les crises violentes paraissent survenir n'importe quand, et indépendamment des périodes menstruelles.

Cependant, malgré le but évident du traitement, c'est la cystalgie qui a disparu tout d'abord et immédiatement (1). Elle était beaucoup plus récente que les troubles des règles.

Du point de vue de la dysménorrhée, remarquons que les premières tentatives de faire disparaître les zones douloureuses au palper, par la simple irritation cutanée, échoueront. Ceci n'a rien d'extraordinaire, parce que la malade était examinée les jours précédant la crise douloureuse, dont le rythme était très ancien, datant de la puberté. Un traitement cutané plus long aurait peut-être donné un meilleur résultat, mais les conditions de la consultation permettent difficilement de le prolonger au-delà de 5 à 12 minutes.

En tout cas, le premier effet paraît dû, surtout, au choc douloureux d'injection intradermique (eau bidistillée). Il faut remarquer que ce choc a provoqué une tendance lipothymique, ceci est à rapprocher de la richesse des phénomènes lipothymiques

(1) Cette observation appellerait de nombreux commentaires sur les liaisons entre système nerveux central, cortex et plexus vésicaux et uréthraux. Relation entre état de veille et de sommeil et enurésie nocturne. Chez certains épileptiques, la crise est déclenchée par l'envie impérieuse d'uriner qu'ils ne peuvent satisfaire (docteur Bachet).

présentés par elle au cours des dysménorrhées. Le traitement douloureux fut pratiqué sur la malade couchée, s'il l'avait été en position debout, il aurait peut-être provoqué une lipothymie complète.

Pour les traitements suivants, la simple irritation cutanée suffisait à obtenir le même résultat. Le petit choc douloureux local était devenu inutile.

Autres cas :

Cependant, il faut tenir compte d'action favorable des réflexothérapies cutanées là où une participation affective, émotivo-sexuelle, paraissait assez importante. L'étude de ces observations servira de passage **aux** formes dans lesquelles domine la dépression, à l'étude des limites de ce qu'on peut attendre de ces réflexothérapies et même à la recherche de leurs contre-indications.

Observation

Mme M... 28 ans (docteur Lévy). Dysménorrhée particulièrement rebelle. Suivie depuis 1952. Douleurs intenses pelviennes. Nausées, vomissement, tendance lipothymique. Durée une demi-heure. Auparavant, règles normales : régulières, non douloureuses. Aucune cause n'est retrouvée à l'interrogatoire de la malade. Aucun trouble pendant trois ans. Puis répétition identique dans des conditions identiques. La malade est âgée de 21 ans.

Depuis, elle a souffert à chaque période sans interruption, 12 heures après le début des règles. Douleurs assez brutales. Très intenses pendant 1 heure $\frac{1}{2}$, nécessitant quelquefois une injection de morphine. Tendance lipothymique. Vomissements. La crise cesse, la douleur persiste atténuée les quatre jours des règles, ainsi que les tendances nauséuses et lipothymiques. L'obligation de s'aliter est fréquente. La tendance lipothymique est telle, qu'elle a fait penser à des syndromes aigus chirurgicaux. Echec de tous les traitements : sédatifs, hormonaux et agents physiques.

Le bien-être serait parfait en dehors de ces épisodes : pas d'aspect dépressif, pas d'impression de problème affectif étiologique. Ce sont les raisons pour lesquelles nous rangeons la malade parmi les "dysménorrhées simples" et la traitons comme telle.

Premier traitement effectué à la consultation les jours précédant la période critique. Disparition des douleurs au palper par traitement cutané : six séances. Résultat : disparition de la crise aiguë, disparition des vomissements, nausées et tendance lipothymique. Mais la douleur "de fond" persiste, peu ou pas atténuée.

Même traitement dans les mêmes conditions, les deux mois suivants. Même résultat. Impression de succès net, mais incomplet, malgré la poursuite du traitement.

Le quatrième traitement a lieu au cours d'une courte hospitalisation prémenstruelle, dans le but suivant : traiter la malade le plus près possible de l'acmé des phénomènes douloureux

tout au moins de ceux qui persistent. Association du petit choc douloureux de l'injection intradermique de petites quantités d'eau distillée. Le résultat est encore meilleur : les douleurs très atténuées ne persistent que deux heures, cependant pas de guérison absolue.

Cinquième traitement : à titre externe. On ne peut obtenir la guérison complète (février 1955).

En somme, amélioration considérable malgré la durée de l'affection. Comme chez beaucoup d'autres malades, disparition en premier lieu du cortège lipothymique digestif d'aspect vago-tonique. Puis réduction considérable de l'intensité et de la durée des douleurs. Vie sociale beaucoup plus active pendant cette période.

Nous avons considéré que pour Mme M... n'existait aucun conflit affectif susceptible de jouer un rôle important. Elle paraît bien avoir été sinon guérie, tout au moins presque guérie comme les autres dysménorrhées de ce type.

Ce n'est que plus tard qu'elle insiste sur l'état anxieux de son mari, qu'elle amène en consultation. Il s'agit d'un psychasthène pré-phobique, présentant lui aussi des troubles vasomoteurs, mais plus marqués que ceux de son épouse et permanents. Nombreux "vertiges mentaux", tendance lipothymique que nous éprouvons le plus grand mal à réduire. Notons la particulière sensibilité à la prise de sang ou à la vue de quelques gouttes de sang. Un certain maniérisme joint à ce contexte, suffirait largement à quelques psychogénistes fougueux pour le faire classer parmi les homosexuels. Certaines manifestations dépassent-

elles le cadre de cette assimilation doctrinale ? S'agit-il de ces sujets au système émotivo-vaso-moteur troublé, appartenant aux formes intermédiaires entre l'anxiété phobique et l'anomalie sexuelle plus ou moins perverse ? Ce n'est pas impossible, mais nullement certain.

Nous ne pouvons répondre à ces questions, bien que nous ayons la notion de tout ce qui pourrait paraître richement explicatif à certaines thèses. Il s'agit d'un couple ayant en apparence une vie sociale et conjugale relativement normale. Il nous paraît heureux que Mme M... soit venue consulter et qu'elle soit encore assez souvent suivie. Il est probable que d'autres éléments seront découverts, mais rien n'autorise à priori à les prévoir d'une gravité particulière.

Nous croyons surtout devoir éviter tout ce qui peut faire croire à un diagnostic péremptoire. Ceci d'autant plus qu'il s'agit d'un homme qui "lit beaucoup" et à l'occasion la littérature préoccupée de psychologie et de sexologie "scientifique".

En résumé : nous avons insisté sur l'observation de Mme M... parce qu'elle montre la complexité de certains cas en apparence simples, d'où la nécessité de suivre assez longtemps les malades. Mieux vaut demeurer dans une incertitude relative que risquer une transformation de la malade en la persuadant à faux de la profondeur de certains faits psycho-affectifs, qui peuvent n'être que faibles, nuancés et qui quelquefois disparaîtraient spontanément dans l'oubli s'ils ne recevaient pas le cachet d'un diagnostic d'origine beaucoup plus souvent littéraire que médicale d'ailleurs.

Observation :

Le docteur Lévy avait opéré, en février 1953, Mme L... 30 ans, d'un kyste de l'ovaire gauche, avec resection partielle de l'ovaire. Depuis, la malade se plaint de douleurs abdominales, d'abord en période ovulatoire, puis maintenant en permanence. Elle a été traitée par des frénateurs hypophysaires, des bromures et de la caféine, et en dernier lieu par du Synergon et de la Strychnine phéno-barbital. Ce qui l'amène aussi, et surtout ce qu'elle signale spontanément, c'est l'existence d'une excitation sexuelle prononcée avec de fréquents rêves érotiques. La réflexothérapie entraîne rapidement une diminution des douleurs abdominales. La malade récupère un équilibre nerveux plus satisfaisant, tandis que disparaissent les troubles du sommeil. Habitant loin, elle cesse le traitement au bout de trois semaines, en raison du voyage bi-hebdomadaire qui lui est imposé.

Nous n'aurions probablement jamais eu de ses nouvelles si, brusquement, six mois plus tard, ses malaises n'avaient récidivé : insomnie, difficulté de fixer l'attention, excitation sexuelle prononcée.

L'amélioration citée plus haut s'était poursuivie pour aboutir, selon elle, à un succès thérapeutique. A quoi était due cette récidive ? La malade est alors enceinte, comme l'examen biologique le confirme. Retenons le rôle probable de cette grossesse dans la genèse de cette récidive.

Cette observation doit être commentée. Cette malade est apparue d'abord comme atteinte de phénomènes purement gynécologiques, banaux si ce n'est leur intensité. La note psychique

hyperfolliculinique était aussi assez banale. C'est pourquoi le traitement local a paru pouvoir être tenté. Nous notons la guérison obtenue attestée par une récurrence lointaine. D'autre part, l'aspect paradoxal de l'action favorable de ce traitement pour une excitation sexuelle, paradoxe peut-être plus apparent que réel. Cependant, nous conservons une extrême prudence lorsqu'un facteur sexuel apparaît.

Peut-être peut-on rapprocher ce cas des kystes fonctionnels ovariens améliorés ou souvent guéris par le traitement réflexe local avec tout le syndrome d'accompagnement de type hyperfolliculinique. Ici, on notait bien un trouble sexuel parasite, mais il n'existait sans doute aucun problème affectif, malgré lui. Pour la malade, rien d'autre qu'un trouble endocrinien n'était en jeu : l'excitation sexuelle était peut-être considérée par elle avec la même neutralité "psychique" ou "affective" ou "corticale" qu'une dysménorrhée, qu'un lumbago. Ceci explique peut-être ce succès paradoxal. En tout cas, la recherche de cette hypothèse témoigne de la multiplicité des problèmes et leur délicatesse.

Observation :

On peut en rapprocher le cas de Mme D... Lucienne, âgée de 59 ans, veuve. Sensation de brûlure vaginale depuis 10 ans. Aggravation considérable depuis 18 mois. Caractère obsédant. Tonalité dépressive paraissant impérieuse. On pense à une véritable mélancolie involutive, tout au moins débutante.

Cancérophobie, idées de suicide. La section des deux nerfs hon-
teux avait été envisagée...

Dès le premier examen, l'importance de la réaction psy-
chique ne nous échappe pas, pas plus que l'impression de cénes-
topathies transformées, ayant à l'origine une large participa-
tion sexuelle. C'est avec réserve qu'un traitement cutané est
institué sur des régions iliaques et périonbilicales très anorma-
lement sensibles. C'est parce que son succès immédiat est com-
plet, non pas seulement sur les douleurs au palper, mais sur la
sensation de brûlure, que nous continuons le traitement. La
malade s'impose un voyage de 50 km, deux fois par semaine. Elle
apparaît guérie en ce qui concerne la sensation vive de brûlure
vaginale, et seule persiste une impression d'endolorissement.

MEDICAMENTS ET "ORDONNANCE"

Il ne s'agit pas d'y renoncer systématiquement. Si nous sommes extrêmement bref sur ce chapitre, c'est uniquement en raison de l'objet de ce travail et de ses tendances particulières, mais nullement exclusives. Un certain nombre de malades sortent, aussi, de la consultation avec une ordonnance.

Endocrinothérapie :

Beaucoup de malades ont déjà été traitées par des hormones. Il serait capital dans bien des cas de connaître la forme et de juger de l'effet de ces traitements antérieurs. Mais en règle, la malade "aux petits papiers" des descriptions anciennes fournit une liste de calmants et de "fortifiants". Par contre, la malade ayant subi de nombreux traitements endocriniens n'est pas une malade "aux petits papiers" en général, et c'est ici tout particulièrement regrettable. Les ordonnances sont administrativement conservées, et non recopiées par les malades. Elles confondent les dates, les noms des spécialités, leur mode d'administration : implants, injections, voie buccale. Elles sont le plus souvent incapables de se souvenir si telle spécialité a eu un résultat plus favorable, tout au moins de l'affirmer avec précision. Les traitements considérés, à tort ou à raison, comme ayant aggravé leur état sont, il est vrai, beaucoup plus souvent retenus par elles. Les traitements hormonaux peuvent être anciens, parfois remonter à des dizaines d'années. Ils sont

variés, suivant les époques, les tendances médicales, l'état constaté par le médecin et aussi la façon dont la malade se présentait au médecin. Cette imprécision est regrettable, pour ne pas dire néfaste.

Dans un certain nombre de cas, nous avons obtenu une aide nullement négligeable, par l'emploi surveillé et mesuré d'hormonothérapie androgénique.

Il ne s'agit en général que d'une aide; quel que soit le soin apporté à la recherche de la constitution dysendocrinienne, quels que soient les résultats des examens de laboratoire dont nous avons pu disposer, il nous a paru impossible d'affirmer à coup sûr un pronostic d'efficacité de telle ou telle hormone.

Les résultats favorables obtenus par les androgènes nous ont paru, chez la femme jeune, très inférieurs à ceux que nous avons observés chez la femme plus âgée, après la ménopause, présentant soit une dépression, soit une psychose déjà grave. Là aussi, ils peuvent être inconstants, mais dans quelques cas très efficaces.

L'hormonothérapie surrénale ne nous a paru utile que pour quelques cas exceptionnels, malgré la fréquente tendance hypotensive.

"Fortifiants" :

Beaucoup de nos malades étant "fatiguées", ont été traitées par des médications toniques ; tantôt sans succès, tantôt avec un résultat transitoire. Il faut retenir l'aide apportée

parfois par les extraits hépatiques, la vitaminothérapie, la thérapeutique par les extraits placentaires. Il faut se méfier de toute thérapeutique excitante ou stimulante.

Ganglioplégiques :

Le 4560 R.P. est souvent employé dans le service avec des succès surprenants, dans certaines psychoses graves, qui confirment les très récentes publications. Pour les malades adressées de la consultation de gynécologie, il a été réservé aux cas graves avec psychoses caractérisées ; des résultats très encourageants ont été obtenus pour ce cadre limité. L'aide obtenue par des doses moindres dans les troubles gynécologiques, même avec anxiété, nous a paru jusqu'à présent non pas nulle, mais beaucoup moins sûre. Cependant, l'importance des résultats pour des psychoses hallucinatoires survenant chez des femmes qui présentent un élément sexuel et dysendocrinien, ou pour des manifestations sévères de type dit hyperfolliculinique, doit faire réserver toute opinion définitive en ce qui concerne les autres malades.

Les amphétamines :

Quelle que soit l'importance des phénomènes dépressifs, du pessimisme, de ces malades, nous n'avons jamais observé chez elles de fréquentes absorptions d'amphétamines, encore moins de toxicomanies, même ébauchées. Pourtant, chez beaucoup d'entre elles, des tentatives avaient été faites. Presque toujours,

elles avaient échoué par troubles fonctionnels cardiaques, gastriques ou aggravation de l'insomnie. Beaucoup de nos malades présentent, ébauchée ou complète, la symptomatologie de la névrose obsessionnelle, pour laquelle la thérapeutique donne souvent des résultats favorables, tout au moins passagers ; aucune d'entre elles ainsi traitée n'avait paru améliorée. Nos essais prudents n'ont apporté, dans les cas les plus favorables, que l'aide très transitoire à laquelle nous nous attendions. Jusqu'à plus ample informé, il ne semble s'agir que d'une aide exceptionnelle pour un temps très court.

L'absence de toxicomanie, même légère, aux amphétamines, contraste avec les faits rapportés à la société médico-psychologique, bien que les malades étudiées soient aussi au début des déprimées.

Naturellement, toute crainte de délire, d'ébauche de syndrome parasite, semble devoir faire proscrire cette thérapeutique.

Sédatifs :

Contrairement à ce qui a lieu pour les amphétamines, un très grand nombre de ces malades sont des habituées de toutes les variétés de barbituriques et des associations spécialisées. Certaines malades en ont épuisé les effets thérapeutiques, d'autres souhaitent s'en passer. On ne saurait parler ici de toxicomanie véritable, quelles que soient les doses et la durée du traitement. Souvent, l'histoire de la malade révèle qu'un

changement de milieu, une ambiance euphorisante, un événement agréable, a suffi pour faire interrompre ou cesser le recours au sommeil artificiel. Notre but vise au retour du sommeil normal, et aussi souvent que nous le pouvons par des thérapeutiques soit psychothérapiques, soit réflexothérapiques, soit associant ces techniques. Mais nous n'avons été que peu ou pas gênés par ces habitudes, même lorsqu'elles étaient importantes. Nous n'avons pas observé de troubles psychiques pouvant être attribués à ces traitements. Ceci sauf dans le cas particulier d'aggravation d'anxiété, après cessation d'une cure de sommeil faite dans d'autres services, mais il s'agissait alors de doses beaucoup plus élevées que celles de nos consultantes. Ces médicaments ne sont qu'exceptionnellement prescrits à nos consultantes. Il est cependant des cas pour lesquels nous évitons l'interruption rapide. Les dangers de toxicomanie et de psychose paraissent avoir été jadis très exagérés.

LE PROBLEME DES PSYCHOTHERAPIES

Ces termes évoquent très souvent des difficultés ou l'impossibilité de ces traitements à l'hôpital.

Les premiers résultats obtenus, malgré le très grand recrutement des consultations, sont fonction de plusieurs facteurs.

1° D'une part, les thérapeutiques exposées témoignent, dans tous les cas, d'un souci incessant de recherche de l'aspect physiopathologique des troubles. Ces traitements étiologiques et pathogéniques paraissent d'une efficacité beaucoup plus rapide que les traitements psychogéniques.

2° D'autre part, dus à l'organisation locale :

A) Collaboration largement ouverte entre les différents services ; absence d'éloignement et contacts relativement aisés. La possibilité des diverses confrontations fixe l'intérêt de chaque cas, par leur groupement.

B) Adoption et mise en pratique d'une collaboration entre les divers spécialistes et les psychiatres.

La disposition des locaux de consultations, l'organisation de salles de détente, l'ouverture du service de psychiatrie avec des chambres spécialement aménagées pour des traitements individuels ou des cures de sommeil, contribuent aux succès thérapeutiques. Cette organisation matérielle, d'une grande importance, a été heureusement résolue.

Une telle organisation, de tels résultats ne sont consi-

dérés par personne comme étant définitifs, c'est presque chaque mois qu'une adjonction nouvelle a lieu. Il s'agit de premières données. Nombre de nos échecs dirigent les améliorations réalisées ou en cours de réalisation.

MODALITES DE TRAITEMENTS :

Il est impossible de les exposer comme des techniques, étant donné la multiplicité des variantes, des nécessités d'adaptations et pour un cas donné, des associations thérapeutiques simultanées ou successives.

D'une façon générale, plus le rôle d'un malaise affectif ou social est important, plus l'origine des troubles apparaît réactionnelle, plus la conduite du traitement se rapproche de ce qu'on peut considérer comme étant la psychothérapie. Il s'agit de traiter quelque chose dont le point de départ est émotif, donc psychique.

Lorsque le conflit affectif est flagrant, la décision à prendre varie à l'infini suivant les acteurs du conflit, leur attitude, l'ambiance.

Nous exposerons donc une série d'observations, témoignant de la grande souplesse nécessaire quant à la conduite véritablement utile.

Nous verrons dans bien des cas l'intérêt d'associer réflexothérapie et psychothérapie. Une action réflexothérapique peut modifier, sinon le caractère, tout au moins l'humeur. L'intérêt de la lier au personnage principal de la vie de la malade, quand

il est possible de le faire, est considérable.

Traitement des troubles du sommeil :

Il faut cependant exposer quelque part des techniques. Elles se trouvent ici classées parmi les psychothérapies ; leur place se situerait aussi bien, peut-être mieux, parmi les réflexo-thérapies générales.

Ces traitements peuvent être isolés ou associés à des réflexo-thérapies locales. Ce ne sont pas des traitements étiologiques, mais peut-être moins symptomatiques que pathogéniques.

Le but : retour au sommeil normal sans aide de médicaments ou avec le moins de médicaments possible. Mais on traite en réalité : l'ensemble, inséparable : troubles du sommeil, - phénomènes d'anarchie émotive et vaso-motrice, irritations sans cause apparente, les tachycardies émotives jusqu'à la névrose cardiaque, tous les équivalents du spasme du sanglot, etc.

Les méthodes de relaxation ou de détente :

Signalons la méthode de relaxation musculaire progressive. Elle fait partie du début de la méthode déjà ancienne de Vittoz, laquelle est encore utilisée par des psychiatres éminents (Dr Baudry, Dr S. Leuret). Le professeur agrégé Padovani et le docteur Bachet avaient exposé pour les premiers traitements des douleurs des amputés (Société de Neurologie) une technique de relaxation musculaire progressive, visant à supprimer certaines activités cérébrales pénibles, le mentisme, pouvant ainsi aboutir à une

somnolence ou au sommeil. Cette méthode se bornant strictement à obtenir la relaxation, rien d'autre, associée à une psychothérapie préalable, explicative, éliminant toute supposition mystérieuse de la part de la malade, peut être appliquée à une foule d'autres malades que les amputés. Elle doit être placée aux côtés des autres méthodes que nous énumérerons, dont le but est de faire retrouver le sommeil normal. Il s'agit au moins autant d'une réflexothérapie que d'une psychothérapie au sens habituel du terme.

La longueur fait qu'elle n'est que peu ou pas applicable en milieu hospitalier, tout au moins pour les malades traitées à titre externe.

Ses résultats peuvent être extrêmement favorables. Par contre, il y a lieu d'être réservé pour ces malades en ce qui concerne l'opportunité des associations thérapeutiques à une hypnose même à minima (Kretschmer) pour les raisons que nous exposerons avec le problème de l'hypnotisme. Il ne nous a pas paru opportun de provoquer à partir de cette relaxation des états risquant de devenir extatiques (rêve éveillé de Desoille) tout au moins chez ces malades.

Les autres méthodes, plus faciles à employer :

Elles sont aussi des techniques visant surtout à obtenir la stabilité émotionnelle et la normalisation du sommeil.

Le repos assis ou couché en salle obscure avec association d'un ronronnement, est efficace. Cette méthode a l'avantage de

pouvoir être pratiquée collectivement (4 à 6 personnes maxima), d'utiliser un facteur de "contagion" qui, sous réserve d'étude du groupement des malades, peut être favorable. Elle est très employée lors des traitements externes. Souvent, elle suit une réflexothérapie locale qui a fait disparaître des douleurs auxiogènes, ou provoqué un petit choc douloureux local.

Les méthodes de relaxation avec adjonction de certaines excitations lumineuses rythmées, ou de bruits légers, et réguliers évoquant le métronome de Pavlov, sont utilisées dans le service d'hospitalisation. Nous ne pouvons décrire ici la foule de variations dans les modalités d'application. Elles peuvent être collectives ou individuelles. Généralement sans association médicamenteuse, sauf cas exceptionnels.

Ces techniques agissent surtout en faveur du retour du sommeil normal. Il faut s'efforcer de les employer lorsque l'organisme est le plus près possible de l'état physiologique prévespéral. Condition relativement facile à remplir en service hospitalier, plus difficile et en cours d'organisation en ce qui concerne les malades traitées à titre externe.

Ces méthodes, par leur but même, peuvent paraître des traitements symptomatiques bien plus qu'étiologiques. Elles agissent utilement même dans les cas où règne une cause de malaise grave très auxiogène. Elles ont l'inconvénient de demander à la malade du temps, d'assez nombreuses après-midi ou matinées employées aux soins. Cependant, elles constituent une aide très importante. Il est parfois utile de traiter les deux conjoints.

Observation :

Nous ne citerons qu'une observation, parmi tant d'autres, illustrant l'efficacité de ces méthodes.

Mme X... employée à la S.N.C.F., consulte pour douleurs pelviennes. En outre, douleur dorsale dont la symptomatologie évoque l'anxiété, l'origine affectivo-sexuelle. L'insomnie, l'épuisement asthénique par neurasthénie, les troubles du rythme cardiaque, signent l'origine réactionnelle évidente. Veuve depuis plusieurs années, a eu une aventure sentimentale qu'elle a cru devoir rompre, désirant se consacrer entièrement à ses enfants.

Réflexothérapie locale : sur un lambda vasculaire à la sensibilité très nette, mais discrète, non prolongée, non systématique, précèdent l'essentiel du traitement : stimulation lumineuse suivie de détentes.

Guérison complète de l'état dépressif, de l'insomnie, des douleurs, en deux semaines, maintenue après six mois.

Traitement d'entretien : une fois par semaine, puis à intervalles plus espacés.

PROBLEME DU REPOS :

Hospitalisation - Maison de convalescence - Maison de repos -.

Il est posé par environ 10 à 20 %. Cette proportion est plus faible que celle qui était fournie par les malades aux "douleurs du dos" d'origine affectivo-sexuelle, pseudo-vertébrales. Cette différence s'explique bien : les malades de la deuxième catégorie sont toujours des déprimées anxieuses, d'autre part

presque toujours des multi-opérées de l'abdomen.

Les malades adressées par la consultation de gynécologie ne sont pas toutes des déprimées anxieuses, tout au moins de façon aussi marquée, aussi permanente.

Cependant, leur nombre est encore assez grand et tel, que le problème du repos est souvent posé. Les malades demandent du repos, parce qu'elles ont la fatigue de la "neurasthénie" au sens historique du terme : asthénie d'origine psychique, manque de goût, manque d'"élan vital", pessimisme, à priori avant toute activité, mais incontestablement associé à des troubles vasomoteurs, tendance lipothymique, chocs dépressifs de multispasmes du sanglot, troubles cardio-vasculaires, jusqu'au tableau de la névrose tachycardique, poussées sudorales.

La malade se sent effectivement fatiguée, "n'en pouvant plus". Le repos, sous des formes diverses, est légitime.

Les modalités du repos accordé doivent tenir compte, dans tous les cas, du milieu familial, surtout lorsqu'il s'agit d'une femme mariée ou d'une mère de famille, des circonstances affectives, des activités professionnelles.

Il faut éviter, ou tout au moins s'efforcer de le faire, certaines "séparations de corps à thème médical" incessantes, quelquefois renouvelées pendant des années, sous des formes ou pour des motifs divers : asthénie post-opératoire, rhumatisme vertébral, troubles cardiaques du type névrose tachycardique, dépression.

Dans d'autres cas, moins fréquents, l'ambiance médicale offre de façon plus ou moins consciente un refuge à un certain

nombre de jeunes femmes, non mariées, nullement très déséquilibrées. Leur activité professionnelle ne répond pas à la curiosité ou à l'intérêt de leur culture générale. Le contact avec les médecins est, pour certaines, le seul qu'elles aient avec des gens ayant bénéficié de l'enseignement supérieur. Enseignement auquel tendaient des aspirations qu'elles n'ont pu réaliser, parfois malgré leurs possibilités intellectuelles. D'où un regret latent, une résignation apparente, un élément compensateur qui est l'un des nombreux aspects de ces refuges.

Ce qu'il faut éviter surtout, c'est d'attendre "tout" du simple repos, et plus encore de faire partager cette opinion à la malade ; se méfier de cette apparente simplicité. Certes, il faut savoir ne pas refuser le temps de repos nécessaire, quelles que soient les difficultés administratives. Mais bien expliquer l'aide ainsi apportée dans les limites de ce qu'on peut en attendre ; être trop optimiste serait défavorable à la psychothérapie. Les malades les plus difficiles à guérir, aussi bien en ce qui concerne les douleurs du dos évoquées que les dépressions dirigées par le service de gynécologie, sont celles dont l'odyssée est la plus longue : multi-opérées, allongées, multi-dirigées (séjours hospitaliers, maisons de repos, ou de convalescence, voire même maisons de convalescence "pour nerveux" et assez souvent, révélé à regret, "maisons de santé où l'on traitait les malades mentaux").

PROBLEMES DE MEDECINE SOCIALE

C'est à propos de la psychothérapie que se posent des problèmes ne relevant pas directement de la maladie. Nous ne ferons que les signaler ici, quelle que soit par ailleurs leur importance considérable.

Il est certain que le respect du secret professionnel est ici une évidente nécessité encore plus impérieuse que nulle part ailleurs. Dans bien des cas, une part considérable de l'histoire de la maladie ne doit être connue que du médecin traitant auquel elle fut révélée.

Par ailleurs, nous rencontrons des malades qui, traitées pour des affections diverses, souvent sans aucun lien apparent entre elles (digestives, gynécologiques, nerveuses, endocriniennes circulatoires, etc.) craignent d'épuiser la patience de leur caisse de Sécurité sociale, ceci pour employer un terme dont elles se servent elles-mêmes souvent. Presque toujours, on a le sentiment qu'une partie très importante de ces odyssees, médicale ou médico-chirurgicale, aurait pu être évitée. Mais presque toujours aussi, la responsabilité de la maladie est nulle ; elle n'a fait que suivre à chaque étape les directives indiquées.

Disparition presque complète des "douleurs du dos" d'origine affectivo-sexuelle à la consultation de chirurgie orthopédique de la Fondation Foch.

Dès l'ouverture du service et antérieurement, le professeur agrégé Padovani avait orienté la recherche vers l'étude de ces

malades, dont la symptomatologie gynécologique fonctionnelle était très importante.

Depuis un an et demi, et bien que le nombre des consultantes soit en augmentation croissante, il est exceptionnel de recevoir des malades. Le service de chirurgie orthopédique dirige bien d'autres variétés de douleurs du dos vers le service du docteur Bachet, mais il s'agit d'autre chose (syndrome réflexe post-traumatique des travailleurs de force, lumbagos subaigus justiciables de réflexothérapie, rhumatoïdisme ou rhumatisme psoriasique, douleurs projetées d'autres syndromes solaires, non lésionnels mais non d'origine affectivo-sexuelle).

D'autre part, on observe bien encore des douleurs du dos "neurasthéniques", mais elles ne viennent pas du service de chirurgie orthopédique, mais soit du service de médecine (polyalgiques, déprimées), soit du service de gynécologie. Encore sont-elles moins nombreuses que jadis. La dorsalgie ou la lombalgie est souvent un épiphénomène retrouvé par une recherche systématique chez une déprimée ou chez une malade pour laquelle les troubles gynécologiques sont au premier plan.

Les douleurs du dos vues par le professeur agrégé Padovani et ses collaborateurs étaient très fréquentes de 1947 à 1952. Il est impossible d'affirmer la cause de cette variation.

Si le recul, le rassemblement avec d'autres données, avaient déjà indiqué qu'il existe un fait de sociologie "médico-psychologique", nous l'aurions recueilli comme un encouragement à ce modeste travail. Mais il est évidemment beaucoup trop tôt pour conclure.

LES ASSOCIATIONS THERAPEUTIQUES
DEVANT LES PROBLEMES LES PLUS DIFFICILES

Ces cas ne sont pas les plus nombreux. Ce sont eux que, cependant, nous avons déjà retenus lors de la rédaction des chapitres : examen et modalités spéciales.

Il est fréquent que la difficulté soit pressentie dès la première consultation. En effet, la malade est venue consulter, dans le service de gynécologie, pour des troubles groupés, aussitôt après sa description, sous les rubriques dyspareunie ou frigidité. Mieux encore, parfois c'est elle-même qui s'est estimée frigide, a employé l'expression "frigidité". Elle l'a connu soit par une lecture, soit par une réflexion de son partenaire. Presque toujours il s'agit de femmes mariées.

Une première difficulté se pose du point de vue psychothérapique. Il est souvent impossible, dans la majorité des cas, de préciser de quoi il s'agit en réalité. On conçoit qu'il est plus aisé d'étudier les modalités de céphalées, de douleurs pseudo-vertébrales, de dysménorrhées, que celles de ce symptôme.

Il correspond à un nombre infini de malaises extrêmement différents, non seulement dans leurs modalités, mais dans leur genèse, leur intensité, leur caractère durable ou passager, les causes provocatrices : grossesse, choc affectif, ou simple dépression, surmenage.

Pour beaucoup de malades, dont la névrose peut être assez intense pour réaliser l'obsession psychasthénique grave, le trouble

sexuel, y compris la frigidité, joue un rôle qui paraît très important, compte tenu du terrain constitutionnel.

Dans l'association névrose grave-odyssée gynécologique, la découverte de ce second facteur soigneusement dissimulé fournit l'explication du premier, ce qui ne signifie pas pour autant que l'aveu au médecin entraînera automatiquement la guérison.

Mais à l'inverse, chez certaines malades adressées pour "frigidité", nous ne saurons jamais de quoi il s'agit, ni ce que dissimule ce terme.

Un interrogatoire sexologique plus approfondi apparaît inopportun, souvent susceptible de fixer la malade, et peut-être plus souvent qu'on ne le pense, de favoriser un exhibitionnisme, contrairement aux malades du groupe précédent. Il est bien évident, par ailleurs, que des directives "techniques" paraissent autant, sinon plus, inopportunes.

Enfin, chez de très nombreuses malades, venues pour douleurs pelviennes, douleurs du dos, céphalées, même avec contexte dépressif généralisé, il apparaît presque évident qu'un trouble sexuel accompagne le tableau. Dans bien des cas, il peut être utile, voire même indispensable, de le savoir : "frigidité ou dyspareunie apparue après un choc affectif, la révélation d'infidélités du mari." Mais il faut éviter de fixer l'attention de la malade sur ce symptôme unique, lui éviter l'impression qu'on la définit ainsi, ne pas suivre l'évolution en fonction de ce trouble, le faire avec une grande discrétion. Poser la question est d'ailleurs souvent inutile : l'étude du contexte médical suffit ;

s'il y a guérison, celle-ci indique certainement la disparition concomitante du trouble sexuel.

Présence du conjoint dans la poursuite du traitement réflexothérapique :

Dans un assez grand nombre de cas, et de plus en plus fréquemment, nous essayons de procéder ainsi : un traitement par irritation cutanée a soulagé pour un temps variable, mais net (1, 2 ou 3 jours) ; au palper, la disparition ou l'atténuation considérable des douleurs provoquées est démonstrative. Le mari, présent, est initié à la pratique de ce traitement. Son accord est souvent très facile à obtenir, malgré la surprise du début. Le scepticisme est très rare quand on prend la peine d'expliquer la méthode (connaissances qui valent bien ce que nous savons de l'action de multiples médicaments), d'en démontrer l'efficacité, d'expliquer qu'il ne s'agit pas d'une action due à l'"imagination".

Le premier avantage est que la malade peut être traitée beaucoup plus souvent, chaque jour parfois, sans que nous ayons à la revoir, sinon pour contrôler l'évolution.

Le second avantage est "psycho-physiologique". Il nous faut ici préciser certains points. Comme les publications du service l'avaient indiqué antérieurement, MM. Perrault, B. Klotz et J. Harl ont signalé la possibilité d'un inconvénient : certains "transferts" affectifs sur la personne du médecin.

Il y a évidemment un élément qui avait depuis longtemps

provoqué une attention précautionneuse. Ceci d'autant plus qu'un problème voisin avait été posé antérieurement, à propos d'interventions chirurgicales telles qu'appendicectomies, examens ou traitements gynécologiques. Il est certain qu'il s'agit de trauma sur des zones plus ou moins liées par voie réflexe à la vie génitale ou sexuelle.

D'autre part, une guérison, un soulagement, risque plus ou moins d'associer la personne du thérapeute avec la libération de conséquences anxieuses et douloureuses. Les traitements continus sont toujours faits par des infirmières, mais restent prescrits par le médecin. Nous évitons souvent ces traitements lorsqu'un conflit affectivo-sexuel joue un rôle important, à moins de faire intervenir le conjoint le plus rapidement possible (1).

Quand on a l'impression de **cénesthopathies** ou de début de psychose, quand les malades ont été impressionnées par un "magnétiseur", même ou surtout si ce dernier les a soulagées, s'il y a eu des sensations de fluide, de main brûlante, etc., il faut agir avec précaution (nous reviendrons sur ces faits). Nous procédons avec la plus extrême prudence lorsque la malade se plaint d'excitation sexuelle (voir l'observation d'un cas de succès).

Pour ces cas et jusqu'à plus ample informé, les indications du traitement cutané paraissent l'exception.

(1) Les cas rares de mythomanie, hystérie véritable, contre-indiquent presque toujours cette intervention médicale.

Nous avons été frappés par le fait que des malades, qui présentaient des phénomènes de névrose cardiaque (tachycardie paroxystique névropathique, extrasystoles neurotoniques) pour lesquelles l'angoisse n'est souvent pas soulagée par le traitement cutané, se plaignaient quelquefois d'excitation sexuelle associée à une aggravation passagère de leurs troubles. Ces cas sont rares ; rigoureusement sans inconvénients si la malade est bien suivie et le traitement modifié s'il y a lieu. Ces thérapeutiques, plus que toutes autres, comportent à chaque visite un bilan de la part de la malade, et aussi souvent de son mari. Il faut savoir, à chaque étape, renoncer et modifier.

Cette recherche des contre-indications du "T.C." par le médecin nous a fourni des éléments pour faire exécuter le traitement par le mari. Cependant, il faudrait se garder de toute généralisation et de toute simplification qui deviendraient rapidement aussi fausses que ridicules. Il faut se souvenir de l'efficacité de ces manoeuvres dans le lumbago, le torticollis aigu, certaines névralgies dentaires, sciatalgies, céphalées, dont les rapports avec la sphère affectivo-sexuelle sont au moins infiniment plus lointains, si même ils existent.

Notre prudence, notre minutie quant à la recherche des contre-indications d'une part, notre intérêt quant à l'introduction du conjoint dans cette thérapeutique, ne signifient nullement que nous adoptions la thèse d'un simpliste mécanisme sexologique.

Nous sommes tentés de nous excuser d'avoir évoqué, surtout pour une lecture rapide, une telle pathogénie. Mais l'étude de nos observations et de leurs commentaires prouvera que nous

n'ignorons pas combien les phénomènes sont plus complexes, combien la liaison avec une foule de conséquences est étendue, combien les cas sont variables.

Les risques de fixation, de "coup de foudre" abdomino-pelvien sont très réduits. Il faut d'ailleurs comparer avec la foule d'autres manoeuvres d'examen ou thérapeutiques habituelles.

Les indications de ce traitement ont le plus souvent lieu quand sont évoqués des phénomènes de frigidité, de dyspareunie, dont on sait les variations infinies, comme celles de leurs conséquences obsédantes ou même obsessionnelles. Mais il est employé dans bien d'autres cas, lorsqu'il est possible, même pour de simples et banales dysménorrhées. Il permet toujours la plus grande répétition des séances, des déplacements moins fréquents.

Une première constatation peut être ainsi formulée :

- 1° l'utilisation de cette technique a fait progresser notre statistique d'un nouvel apport de succès ;
- 2° Malgré cette annexion, un certain nombre de malades restent à classer : parmi les succès seulement incomplets et passagers, souvent parmi les échecs.

A) Les succès :

Le cas le plus typique est le suivant : douleurs pelviennes avec ou sans dysménorrhée, souvent douleur du dos. Contexte dépressif neurasthénique, insomnique, déséquilibre des réactions émotives très net, toujours prémenstruelles, parfois note clinique et biologique hyperfolliculinique. Frigidité ou dyspareunie évoquée, inséparable de l'anxiété, mais le plus souvent inconstante,

variable : quelquefois est apparue après un accouchement ou une intervention abdominale.

Mais, d'après les impressions données par le ménage, beaucoup d'indices indiquent des habitudes de stabilité, des tendances communes plus ou moins idéalisées vers l'évolution du groupe familial, l'union affective, intellectuelle, cohérente entre les époux, la fixation sur l'avenir des enfants. A plus forte raison si des circonstances n'appartenant pas à la sphère sexuelle ont paru contrarier la sexualité : par exemple, les difficultés de logement, surmenage et soucis professionnels, inquiétudes financières, causes d'angoisse d'autre origine. En somme, surtout quand les facteurs : solidité affective, sentiment d'avenir commun sont importants, peu ou pas lésés.

En règle, ces cas sont le triomphe de la technique. Sans doute, certains d'entre eux auraient-ils guéri "tout seuls", souvent des épisodes analogues dans la vie de la malade ont eu déjà cette évolution favorable. Ce qui est certain, c'est qu'ils n'auraient pas guéri aussi rapidement. En quelques jours, souvent, on voit le visage de la malade changer, s'épanouir, et par le fait même, celui de l'époux. Le retour du sommeil (sans médicament) est un critère excellent. Les modifications de l'aspect extérieur sont telles qu'il est inutile, sinon nuisible, de poser des questions sur l'évolution de la dyspareunie et de la frigidité.

Le caractère rapide, immédiat, probateur, facilite le contact psychothérapique. Celui-ci doit être simple : il consiste

surtout à donner confiance, par conséquent à insister sur la banalité des phénomènes, éviter d'introduire la personnalité du médecin dans l'intimité et sauvegarder l'indépendance affective du couple.

Souvent, il est intéressant d'associer, lorsque certains de ces traitements ont lieu en consultation hospitalière, une technique de relaxation d'une demi-heure à 1 heure, pour les deux époux.

Dans bien des cas, le rôle du repos, l'organisation opportune d'une période de vacances joue un rôle adjuvant certain.

Les multiples observations de ces succès sont stéréotypées. Les cas d'apparition récente ou assez proche des troubles sont les plus fréquents. Ces malades sont suivies 1 mois, parfois revues 3 ou 6 mois après, lors de l'ébauche d'une récurrence.

Nous ne rapporterons que quelques observations de succès qui furent une surprise heureuse :

Observation :

1° Du fait de l'ancienneté des troubles : c'est l'observation de Mme J... Pierina, 30 ans, sans profession, au passé chirurgical très chargé.

A 18 ans, elle est opérée d'urgence pour une péritonite appendiculaire. A partir de 23 ans, et pendant 2 ans, elle fait quatre avortements d'environ trois mois. Seul le premier nécessite un curettage. Leur caractère spontané ne saurait être mis en doute. La malade désolée de ne pouvoir être mère, adoptera un enfant quelques années plus tard.

C'est à cette date qu'apparaîtront des douleurs abdominales diffuses, sur lesquelles nous reviendrons.

A 27 ans, on pratique une ablation des annexes droites, puis l'année suivante une hystérectomie totale, pour une cause qui n'a pu être mise en évidence. Cette dernière opération se complique d'hémorragies et d'abcès de la paroi.

Les douleurs abdominales diffuses qui existaient avant les deux dernières interventions, se sont trouvées exacerbées, constatation très fréquente chez nos malades antérieurement opérées.

Pour pallier au déséquilibre hormonal, la malade se fait faire des implants d'œstrogènes tous les six mois. A l'examen, le professeur agrégé Merger ne constate rien d'objectif. Quinze séances de diathermie pelvienne, puis dix séances de massage de la paroi abdominale, infiltrée de cellulite, n'apportent qu'un soulagement transitoire. C'est alors que la malade est adressée au docteur Bachet.

Elle se plaint de douleurs abdominales permanentes, diffuses, avec irradiations dans la cuisse gauche, à type d'engourdissement. La malade accuse des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, des mouches volantes.

Le 13 octobre 1954, nous commençons le "T.C." puis deux jours après, le "T.C." et une "I.D.E.B." sur la région solaire dont les effets ne commenceront à se faire sentir que le 18.

Pour hâter l'amélioration, nous demandons au mari de venir faire lui-même le "T.C." Mais au cours du traitement, celui-ci, d'aspect très athlétique, pâlit, se couvre de sueurs, tombe et

perd connaissance quelques secondes. Il revient à lui, mais quelques minutes après, récidive compliquée d'une crise convulsive avec des yeux révulsés, les membres supérieurs tordus en extension, sans morsure de la langue ni perte d'urines. La T.A. est à 16-10 sans variation orthostatique. L'électroencéphalogramme est normal.

Deux jours plus tard, nous faisons exécuter le même traitement par le mari sans aucun incident. La malade traite aussi son mari, par le même procédé, sur la région solaire.

De trois en trois jours, le traitement est régulièrement poursuivi jusqu'au 12 novembre. Les douleurs abdominales ont rapidement disparu, alors qu'elles existaient depuis plusieurs années. La sciatalgie fut plus rebelle, à son tour favorablement influencée par un "T.C." postérieur.

Nous sommes en droit de poser la question : si ce traitement avait été institué avant les deux interventions mutilatrices, celles-ci auraient-elles été nécessaires ?

Nous insisterons sur les échecs, les cas difficiles, ceci en vue de futures ambitions thérapeutiques, tout au moins dans quelques cas.

B) Les échecs ou cas difficiles :

Se rencontrent surtout quand les problèmes affectivo-sexuels sont beaucoup plus profonds, ou importants, atteignant la personnalité, quand la décision de séparation est déjà prise

ou presque, quand des arguments justifiés ou non ont déjà déterminé la malade à prendre son parti de telle situation en attendant parfois un autre facteur d'équilibre, souvent passager et instable.

Il faut tenir compte aussi des cas pour lesquels une anomalie mentale, constitutionnelle, ou autre, existe pour l'un quelconque des conjoints.

De certains cas évolués vers les formes de névrose obsessionnelle les plus graves :

Observation :

Mme J... 33 ans, commerçante, consulte le docteur Bachet depuis trois ans. Grande obsession, phobie complète déjà passée à la chronicité, traitée auparavant par électro-chocs (phobie des couteaux, objets tranchants, etc. ; paroxysmes anxieux, mentisme des obsédés, "vide dans la tête", aggravation préménstruelle).

A eu des douleurs pelviennes : appendicectomie, douleurs du dos dites de type affectivo-sexuel très marquées. Note hyperfolliculinique clinique (peu d'effet des androgènes sur l'anxiété). Se plaint d'excitation sexuelle estimée très anormale. Sensibilité très douloureuse solaire et pelvienne.

Il est à peine utile d'essayer de faire entreprendre le traitement par le mari. Sans doute accompagne-t-il sa femme avec un scrupule apparent. Pour ses enfants, il tient manifestement à conserver une stabilité familiale, mais tout indique qu'il ne s'occupe de sa femme que pour cette raison (collaboration

économique minima). Son infidélité a lieu presque sous nos yeux. Son épouse n'en ignore rien, et on conçoit ses réactions intérieures.

Pronostic familial : le foyer se maintiendra vraisemblablement malgré la dissension. Pronostic du syndrome obsessionnel : médiocre pour des années.

Retentissement sur les deux enfants : inévitable, au moins dans une certaine mesure.

Il est impossible de fixer le motif des troubles. Le mari a été captif cinq ans en Allemagne. L'épouse présente évidemment le facteur constitutionnel des obsédés, mais peut-être une évolution aussi marquée aurait-elle pu être évitée. Il y eut des épisodes de désaccord sexuel (pseudo-frigidité, insatisfaction, excitation), puis des désordres endocriniens : augmentation de poids (obésité).

Vue d'un point de vue psychiatrique limité (névrose obsessionnelle grave dans le contexte), cette malade ferait évoquer, pour certains cliniciens, une intervention sur le lobe frontal. On voit combien l'étude complète : gynécologique, gynéco-sexuelle, puis affective jusqu'aux phénomènes moraux, oblige à être prudent, face à d'éventuelles indications opératoires. On peut se demander si elles n'auraient pas pour conséquence de permettre au mari de tromper son épouse tout en ayant la paix chez soi.

Observation :

Avec Mme L..., nous n'avons obtenu qu'un demi-succès. Le

problème est complexe. La malade habite l'Yonne : elle ne vient qu'une fois par semaine. L'élément dominant est un conflit affectivo-sexuel sur lequel nous avons d'autant moins de prise que le mari ne peut participer au traitement.

Au départ, elle consulte directement le docteur Bachet pour une névrose cardiaque, avec tachycardie, palpitations, douleurs précordiales. L'évocation d'une douleur du dos conduit aussitôt vers un malaise affectif que la malade ne cache d'ailleurs pas. Mariée depuis 8 ans, ayant une fille de 4 ans, elle est "déçue par son mari sur le plan intellectuel, sexuel et affectif". Elle lui reproche "son manque d'ambition et son caractère terne".

Tantôt elle se plaint de sa névrose cardiaque, tantôt ce sont les troubles digestifs qui sont au premier plan : gastralgies, hoquet, bâillements post-prandiaux, alors que la digestion s'effectue normalement.

Tantôt ce sont des douleurs erratiques : jambes, nuque. Mais la douleur du dos reste constante. A chaque consultation, ces troubles fonctionnels varient. La réflexothérapie a pour résultat de diminuer nettement la douleur provoquée par la palpation solaire et iliaque. Au point de vue gynécologique, nous n'avons noté qu'un gros ovaire prémenstruel.

L'amélioration obtenue n'est que transitoire. Dès que la malade reste deux ou trois semaines sans venir, les troubles s'amplifient. Bien qu'elle ait refusé une première fois, nous insistons pour que le traitement soit pratiqué par le mari à domicile, afin qu'il puisse être fait quotidiennement. Cette

décision pourtant indispensable, après un an d'amélioration sans guérison, ne lui a pas plu. Elle n'est pas revenue.

Cette malade nous a posé, en particulier, le problème de l'association dystrophie ovarienne - douleurs pelviennes. A plusieurs reprises, nous avons constaté un gros ovaire en période prémenstruelle. Nous posons le problème, sans le résoudre, nous réservant ultérieurement d'en faire la recherche systématique chez nos malades.

Echec en raison de causes externes :

Observation :

Mme L... 25 ans, est venue consulter directement en psychiatrie, en décembre 1954, pour "des spasmes de la gorge", avec une instabilité nerveuse.

L'interrogatoire nous apprend que l'ensemble des troubles s'est installé très récemment, deux mois après son mariage, et tout particulièrement une dysménorrhée accompagnée de dyspareunie superficielle et profonde, ainsi que de cystalgies.

A l'examen, le toucher vaginal met en évidence un ovaire droit nettement augmenté de volume. Nous réveillons à la palpation abdominale une nette douleur sur tout le lambda vasculaire.

Les spasmes de la gorge sont d'emblée favorablement influencés par le "T.C." pratiqué par le docteur Bachet.

Le même succès se réalise pour les douleurs abdominales à la suite de la même technique, enseignée au mari.

Mais, comme la malade semble particulièrement anxieuse,

le docteur Bachet pratique, à titre thérapeutique, une prise de sang qui, bien que responsable de sueurs, de tremblements et de crises de larmes, n'aboutit pas, en fait, à un dégagement complet.

Quatre jours plus tard, nous réexaminons la malade : les douleurs provoquées par la palpation abdominale sont identiques. Le "T.C." n'amenant qu'une cédation minima, nous y adjoignons plusieurs "I.D.E.B." qui provoquent une importante réaction : crise de larmes, tremblement, agitation, en même temps que disparaissent totalement les points douloureux précédents.

Mais derrière toutes ces manifestations fonctionnelles, se cachent les vraies causes du déséquilibre, celles pour lesquelles le traitement sera sans effet. L'interrogatoire montre bien que, passée l'euphorie des premières semaines de vie conjugale, la malade s'est trouvée face à d'importantes difficultés de toutes sortes. Elle habite une chambre d'hôtel, sans confort, dont le tarif mensuel est exorbitant. Elle-même, coiffeuse de son métier, est réduite au chômage. Dès lors, la dysménorrhée et les troubles sexuels apparaissent et s'aggravent, la douleur provoquée le long des gros vaisseaux abdominaux en est la fidèle traduction.

Le problème social paraît insoluble. Faute de pouvoir le résoudre, le traitement se solde par un échec.

De quelques abandons du traitement

Nous avons signalé l'extrême rareté des malades qui désertaient avant tout traitement. Nous avons été surpris le plus

souvent des déplacements fréquents qu'elles s'imposaient et de leur persévérance.

En cours de traitement, quelques abandons ont lieu. Il nous a paru instructif d'essayer de les analyser. Un cas très rare est celui de la malade déprimée qui, lors de l'interrogatoire, se rend compte de la relation existant entre ses troubles fonctionnels et la cause de cette dépression, mais abandonne précisément parce qu'elle admet cette relation

Observation :

Mme T... 38 ans, consulte pour des douleurs pelviennes permanentes, non rythmées par les règles. Aspect d'état dépressif réactionnel net. Points douloureux solaires, et iliaques. On constate l'existence d'une pigmentation étendue du type vitiligo. Elle serait apparue assez brusquement il y a cinq ans, après un profond chagrin et en même temps que le blanchiment d'une partie du système pileux. L'interrogatoire révèle d'ailleurs que tous les troubles remontent à cette date.

Nous avons l'impression d'une action thérapeutique possible. Mme T... nous a décrit elle-même la chronologie de ses troubles par rapport à ce choc affectif qui aurait été très pénible et dont elle ne paraît pas remise. Malgré cette sincérité, elle ne reviendra pas. Elle donne l'impression d'avoir pensé que "tout venait de cet événement" et qu'aucun médecin ne saurait alors l'aider.

Observation :

Mme B... Denise est adressée par le docteur Gaud, qui la suivait depuis plusieurs mois. Elle a eu, en 1949, une ovariectomie gauche avec salpingectomie bilatérale. Elle se plaint d'algies pelviennes, irradiant vers la jambe droite, non rythmée par les règles, évoluant par crises, laissant derrière elles un fond de douleur permanent.

De plus, les règles sont elles-mêmes accompagnées de douleurs pelviennes et lombaires, avec tension douloureuse des seins, que la malade différencie des autres algies.

Enfin, il existe une dyspareunie intense et superficielle, ainsi qu'une douleur du dos.

Examinée en urologie, où la découverte par urographie intraveineuse d'un rein gauche bifide n'explique en rien ses troubles fonctionnels, puis en gynécologie où l'on ne constate qu'un utérus douloureux qui semble fixé, elle nous est adressée.

La malade nous apprend que, mariée depuis neuf ans, elle vient de divorcer. Il semble que le désaccord remonte à fin 1947, au retour d'Indochine du mari. Elle est nettement réticente, même en ce qui concerne les manifestations d'une dépression évidente. Elle donne l'impression d'un malaise réactionnel profond qu'elle n'a pas voulu que nous traitions.

D'autres malades nous ont quitté, par suite de notre refus de faire intervenir l'acte médical dans certaines circonstances ou tout au moins dans les conditions demandées par elles, soit qu'elles réalisaient qu'il y avait échec, ou que l'amélioration

obtenue était insuffisante, en raison d'une situation médicalement insoluble, soit qu'elles ne consentaient pas à introduire leur mari dans le circuit thérapeutique. Si, parmi les malades qui abandonnent la consultation, ce sont les cas les plus nombreux, en fait, en valeur absolue, la proportion est faible.

Observation :

Mme F... Marie-Thérèse, 36 ans, consulte le docteur Marchais en juin 1954 pour asthénie, instabilité, nervosité, impression de perdre la mémoire. Comme ces troubles sont surtout nets en période ovulatoire et au moment des règles, le docteur Marchais nous l'adresse en gynécologie pour examens complémentaires. La malade se plaint depuis neuf ans de douleurs pelviennes droites intermittentes, qui ont fait pratiquer en 1948 une appendicectomie et une fixation utérine haute pour rétroversion. Ces deux interventions n'ont été suivies d'aucune amélioration fonctionnelle. Actuellement, l'examen gynécologique ne révèle rien d'anormal, si ce n'est une douleur au niveau de la fixation. Pendant un mois, la malade vient régulièrement deux fois par semaine se faire faire un traitement cutané, qui reste sans effet sur la dysménorrhée et la douleur du dos. Comme, de plus, elle accuse une frigidité totale, des idées noires, avec, de temps à autre, des pensées de suicide, le docteur Bachet veut reconsidérer tout le problème et lui demande de revenir, à la prochaine consultation, avec son mari.

Cette malade, qui venait très régulièrement depuis cinq semaines, n'est jamais reparue.

Observation :

Mme M... Viviane, 40 ans, consulte en gynécologie en octobre 1954 pour une dysménorrhée en apparence banale, mais son observation illustre, tout particulièrement, le rôle important d'un conflit avec son mari.

La malade se plaint de douleurs pelviennes et de douleurs lombaires permanentes, plus vives au moment des règles, avec cystalgie. Elle ne peut, prétend-elle (nous y reviendrons), préciser avec exactitude leur début qui remonte à plusieurs années. Il en est de même d'une dyspareunie profonde en apparence concomitante, ainsi que d'une douleur du dos, pour lesquelles nous n'obtenons que des renseignements assez vagues. Toute enquête plus poussée se heurte à une réticence volontairement voilée par l'évocation d'une annexite gauche, diagnostiquée et traitée à la consultation en 1952.

Le traitement cutané, solaire et iliaque, est mis en oeuvre à la consultation du docteur Marchais dans la semaine qui précède ses règles d'octobre, sans succès. La malade est reconvoquée au début de novembre avec son mari, pour que celui-ci apprenne la technique du traitement et puisse le faire régulièrement, chaque soir, à domicile.

Mais les règles de novembre reviennent avec tout leur cortège fonctionnel de douleurs et de malaises. Puisque la malade affirme que le traitement prescrit a été scrupuleusement suivi, nous sommes obligés de reprendre complètement l'enquête en fouillant beaucoup plus que nous ne l'avions fait antérieurement.

Nous apprenons alors que le début de la dysménorrhée, de la dyspareunie et de la douleur du dos, se situe un an après le retour de captivité du mari. La malade découvre à ce moment son infortune conjugale. Le choc affectif est rude pour cette femme qui rencontre, dans son quartier, deux ou trois maîtresses avouées de son mari.

Le début des troubles fonctionnels se situe exactement à cette époque. Depuis, chaque fois qu'elle a des rapports sexuels avec son mari, la malade ne peut chasser de sa pensée leur image, bien que les incartades de son époux n'aient été que passagères (du moins le suppose-t-elle). On explique dès lors la dyspareunie et le déséquilibre affectivo-sexuel qu'elle engendre, ainsi que l'échec du traitement.

Nous apportons à la malade tous les apaisements nécessaires quant à la rigueur du secret médical, mais nous insistons très fermement pour qu'elle revienne, accompagnée de son mari, dès que possible. Nous n'en avons jamais eu de nouvelles.

Mme T... Renée, 35 ans, consulte en gynécologie en décembre 1954 pour un triple syndrome algique :

- Douleurs en barre de la fosse iliaque droite à la fosse iliaque gauche, existant depuis six mois, non améliorées par une cholecystectomie pour lithiase biliaire, pratiquée en août dernier.
- Cystalgie depuis 1 an : l'étude cytobactériologique est négative : ni pus, ni germes. Plusieurs cures de Rufol, faites en ville, n'ont amené aucune amélioration.

- Colite chronique enfin : quatre selles par jour, liquides, avec spasmes coliques très douloureux. Les examens coprologiques sont négatifs, le lavement baryte est normal.

Le docteur Gaud ne découvre aucun élément gynécologique susceptible d'expliquer les douleurs pelviennes.

L'interrogatoire de cette malade, qu'il nous adresse, ne nous permet pas de découvrir un point de départ précis à ses ennuis. Mariée depuis deux ans, sans enfants, elle n'a aucun conflit affectif ni souci matériel.

La malade est traitée par "T.C." iliaque et préovarien tous les trois jours, pendant cinq semaines, au bout desquelles nous faisons un bilan :

- Un succès semble assuré : la disparition totale de la cystalgie. C'est d'ailleurs, en règle, toujours la cystalgie qui disparaît la première.

- Un demi-succès : suppression des spasmes intestinaux ; le nombre des selles quotidiennes est réduit : deux au lieu de quatre.

- Par contre, les douleurs abdominales semblent mal influencées : leur légère atténuation ne peut être interprétée comme un résultat favorable, d'autant plus que depuis deux semaines, s'est installée une douleur du dos, fugace dans sa localisation, ainsi qu'une céphalée intermittente.

Nous conseillons alors au mari de pratiquer le "T.C." chaque soir. Au bout de dix jours, la malade signale une régression progressive des douleurs abdominales. Pourquoi n'avons-nous

pas revu cette consultante jusqu'alors bien assidue, et dont l'état de santé semblait s'améliorer sans que nous soyons arrivés toutefois à un résultat définitif ?

Possibilité de certaines formes particulières d'exhibitionnisme

Observation :

Mme C... Colette, 23 ans, sténo-dactylo, a consulté le professeur agrégé Merger pour des règles très abondantes, accompagnées d'asthénie, et pour une leucorrhée intermenstruelle. Alors qu'elle affirme avoir été guérie de ces troubles par l'hormonothérapie mâle, une coagulation exocervicale et un traitement anti-infectieux local, elle consulte à nouveau en novembre 1954 pour "frigidité". Elle prétend avoir longtemps hésité à en parler, d'où sa réserve lors du premier examen ; la frigidité existerait depuis le mariage (19 ans), non modifiée après la naissance de deux enfants (3 ans et 1 an). Notons que la transplantation dans la banlieue, de cette jeune provinciale de l'Ouest, a été contemporaine du mariage. D'emblée, elle insiste sur sa "désillusion", sur sa dépression, ses "idées noires" qu'elle attribue à ce trouble.

Elle révisé le bilan qu'elle avait donné de sa guérison : l'hormonothérapie a bien diminué l'abondance des règles, mais est restée, dit-elle, sans effet sur des douleurs lombaires intenses et prémenstruelles.

Au palper, une zone douloureuse très nette sur tout le lambda vasculaire, disparaît par traitement cutané.

La mimique, l'aspect de la malade, sont ceux d'une dépression neurasthénique banale. Insistons d'emblée sur le fait que nous ne rencontrons pas l'expression de bouderie morbide, d'arriération affective infantile et maniérée, pas non plus de théâtralisme hystériforme, à aucun moment de l'examen. Par contre, aspect de dépression réactionnelle, écrasante. Il est tel que nous proposons spontanément un arrêt de travail d'un mois, décision applaudie par le mari. Elle-même n'accepte qu'après hésitation.

Dès le premier examen, nous sommes étonnés par le luxe de ses multiples sous-vêtements, absolument inattendu chez une consultante de gynécologie. Ceci étonne d'autant plus que rien dans l'aspect extérieur n'a, à priori, choqué. Cette malade aux traits assez fins, n'a rien, ni dans le maquillage ni dans les vêtements extérieurs, qui indique la vulgarité, le manque de mesure. Le comportement, les réponses faites, témoignent d'une attitude timide, embarrassée.

Le traitement commencé à la consultation est continué à domicile en période prémenstruelle. Revue 13 jours après la première consultation ; elle signale un succès remarquable : règles complètement indolores, pas de douleur lombaire. Elle affirme se sentir plus calme, moins de crises de larmes, le sommeil est meilleur. Non interrogée, à dessein, quant aux troubles sexuels. Même traitement conseillé. Rendez-vous donné un mois plus tard, en période prémenstruelle. A cette date, disparition de l'amélioration obtenue, tout au moins en ce qui concerne

l'état psychique : déséquilibre des réactions émotives, spasme du sanglot, céphalées.

Elle a, dit-elle, cessé tout traitement : elle ne peut supporter cette intervention de son mari. Les zones prévasculaires sont aussi douloureuses au palper que lors du premier examen.

Nous avons recours à une épreuve d'émotivité qui consiste à faire une prise de sang à la malade en position debout (quelques gouttes ou tout au plus quelques cm³ suffisent). Elle détermine une réaction émotive, avec spasme du sanglot, assez banale.

Quelques jours plus tard, répétition de la même épreuve en présence du mari. Réaction plus vive et réflexe lipothymique net : pâleur, sueurs, bradycardie, chute de la T.A., jusqu'à une ébauche de perte de connaissance ; chute progressive non brutale.

Nous signalons cette différence de réaction sans en tirer de conclusion, surtout en nous gardant d'affirmer que c'est la présence du mari qui suffit à aggraver la réaction, provoquant des réflexes vaso-moteurs d'une telle intensité. Il y a peut-être là, du fait du contexte, un élément de présomption. Un fait est certain : lorsque la malade consulte seule, elle accuse le comportement sexuel de son mari d'être responsable de tous ses maux, et ceci spontanément. Elle insiste pour que nous convoquions le mari, mais refuse de faire elle-même cette démarche. D'autre part, elle donne l'impression de nous inviter à un

véritable rôle de juge ou pour le moins morigénatoire. "C'est lui qui est responsable, il vous expliquera." Essai de psychothérapie : explications de notre refus de consentir à sa demande. Nous l'invitons à parler elle-même tout d'abord, et aussi longuement que possible à son mari.

Nous l'avertissons qu'une intervention médicale dans ce domaine, surtout dans ces conditions, risque beaucoup d'aggraver les troubles. Nous lui demandons de réfléchir quelque temps sur ces propositions. Elle revient seule, fidèle au rendez-vous fixé, mais reste sur ses positions : nous devons convoquer son mari, dit-elle. Nous restons sur les nôtres : nouvelles explications sur l'inopportunité d'intervenir. Nous ne l'avons pas revue depuis. La dernière période menstruelle avait été complètement indolore.

COMMENTAIRES :

A) Individuels :

Ce cas est un échec, au moins en ce qui concerne une partie de la symptomatologie. Cet échec paraît bien dû à des facteurs affectivo-sexuels : nous ne connaissons jamais lesquels. Le mari a paru mener une vie régulière, son âge est en rapport avec celui de son épouse. Rappelons, en insistant, le caractère incomplet de nos données : nous avons dû limiter notre enquête. Ceci malgré que nous ayons cru discerner une menace de séparation à échéance lointaine, mais aux conséquences regrettables. Le désaccord peut être aggravé du fait que la malade a une profession indépendante (sténo-dactylo).

On peut cependant regretter les insuffisances de notre thérapeutique. Nous étions nettement arrivés au stade de la confiance acquise, par la malade et très vraisemblablement par le mari. Mais pas à celui de la confiance entre eux. Plus de temps consacré à expliquer notre décision nous aurait certainement rendus plus persuasifs. Il a fallu tenir compte du temps limité des consultations externes, du fait que la malade habitait loin. On ne peut donc que souhaiter l'influence favorable, tardive, de ces deux ébauches thérapeutiques, cas assez fréquent.

Ne pas pouvoir étudier l'évolution, c'est nous priver d'un document remarquable. Sans renoncer à l'idée de faire rétablir le contact par un service social qui serait, semble-t-il, bien accueilli, nous retardons cette décision, craignant de donner une impression de contrôle.

B) Généraux :

Nous ignorons quels étaient les troubles du comportement sexuel du mari, et même si ces troubles existaient. Bien qu'aucune malignité mensongère et perverse n'ait pu être soupçonnée, il faut penser aux accusations calomnieuses. Nous ignorons à quoi correspond cet accoutrement vestimentaire, inattendu dans une consultation gynécologique, peut-être encore plus que dans toute autre. Même s'il correspondait à quelque chose de notable, la gravité et l'intensité du trouble resteraient ignorées.

Exhibitionnisme latent - Caractère parfois aggravant de certains diagnostics :

On devrait pouvoir éviter d'employer le même terme qui désigne des auteurs d'actes médico-légaux, toujours des hommes. Il s'agit évidemment de quelque chose de très différent, pouvant être évoqué à propos de la malade précédente. Mais, chez quelques autres, une tendance aux confidences doit être soumise aux critiques. Une assez grande habitude est nécessaire pour s'efforcer de distinguer comment cette révélation ou cette habitude des confidences peut être utilisée, ou au contraire être corrigée et interprétée. Exemple :

Observation :

Mme V... Janine, consulte le professeur agrégé Merger pour des douleurs pelviennes et lombaires qui débutent 15 jours avant les règles et persistent 7 jours après le début. L'examen gynécologique note un vaginisme marqué, mais sans autre signe. Lorsque nous interrogeons cette malade, nous notons une agitation émotive considérable. Elle est probablement provoquée, parce que l'examen gynécologique est suivi d'un changement de consultation. On souligne un facteur important : les doléances se déroulent de façon explosive, entrecoupées et spasmes du sanglot, de réponses un peu malveillantes d'une causticité infantile.

La malade est âgée de 26 ans, mariée depuis six ans, mère d'un enfant de 4 ans.

Les troubles n'auraient lieu que depuis 1953, mais s'accroissent progressivement. Les menaces de "retourner chez sa mère"

sont, dit-elle, proches du passage à l'acte. Ils seraient contemporains de l'époque à laquelle la malade a changé de bureau pour être affectée dans celui où travaille son mari, qui occupe une position hiérarchique supérieure.

En tout cas, les collègues sont témoins de discussions, de disputes, voire même, dit-elle, de crises d'énervement qui auraient été exceptionnellement jusqu'à la chute dramatoïde et convulsive. La frigidité dont elle se plaint est contemporaine de ces incidents. Le médecin traitant interrompt le travail, qu'elle ne reprendra plus, mais les troubles persistent.

Le malade en rend responsable son mari, qui a l'habitude de la déshabiller chaque soir à heure fixe et avec la même minutie. La "nervosité" commence avant 18 heures, alors qu'elle prévoit le ponctuel coup de sonnette du mari. Elle fait durer toutes les tâches ménagères précédant puis succédant au repas, le plus longtemps possible ; la fin de ces travaux étant suivie du début du puéril fétichisme prévespéral. Elle se flatte d'une indifférence absolue au cours de l'acte sexuel au point, dit-elle, qu'elle le chronomètre au moyen d'un réveil à cadran phosphorescent. Ce qui aggrave son état, ce sont les confidences multiples faites à de nombreuses amies aux fins de comparaison.

Traitement :

Le pronostic du ménage nous paraît réservé. Nous ne jugeons pas opportun, tout au moins avant le résultat d'un essai de traitement par le mari, d'approfondir l'influence "du changement de bureau" l'amenant sous les ordres de son époux, la rendant témoin

de son comportement professionnel, des critiques de ses collègues.

Nous l'invitons à une réserve quant aux données de la littérature sexologique. (Recherches statistiques relatives au comportement sexuel).

Un essai de traitement cutané par le mari est à notre étonnement accepté et suivi avec une scrupuleuse fidélité par les deux conjoints. A notre étonnement aussi, le succès devient évident, basé sur les déclarations de la malade (disparition immédiate de toute douleur), sur la satisfaction du mari quant à l'humeur de son épouse, mais aussi sur une constatation objective: pour des premiers essais, les réactions névropathiques étaient violentes ; or on assiste à leur diminution presque régulière, jusqu'à leur extinction. Ceci de façon parallèle à l'amélioration fonctionnelle.

COMMENTAIRES :

Ce succès est parmi les plus rapides obtenus dans de tels cas. Le parallélisme entre la disparition des phénomènes hystéroïdes et dépressifs, et les douleurs qui, chaque mois, duraient trois semaines, fut rigoureux.

La malade n'étant pas revenue après les vacances (il lui avait été conseillé de ne revenir qu'en cas de récurrence), on pourrait sans doute, du fait des tendances fétichistes, évoquer plus ou moins malicieusement Moebomius (1). En effet, il y a peut-être une traduction possible de thérapeutique agissant par remplacement d'un fétichisme créant l'agressivité par une méthode agressive-

(1) Traité de la flagellation.

ve à minima, celle-ci peut être considérée comme "harmonieusement fétichisée" ?

C'est possible, probable même. Mais il est impossible de séparer l'action thérapeutique des très nombreux autres cas pour lesquels aucun fétichisme n'entre en jeu.

Ce sur quoi nous avons voulu insister ici, c'est sur le fait que les confidences revêtaient un aspect morbide. L'encourager aurait pu être aussi néfaste que provoquer les autres manifestations ayant ici une particulière tendance à devenir hystéroïdes.

Au moment de mettre cette thèse sous presse, nous venons de rencontrer Mme V... Elle est enceinte de 7 mois, se porte parfaitement bien et a récupéré un équilibre nerveux satisfaisant.

NEVROSES OBSESSIONNELLES

L'association aux névroses obsessionnelles, phases initiales du début de la phobie.

Le service bénéficie d'une longue expérience concernant le passage du signe fonctionnel banal à la névrose obsessionnelle véritable au sens de J. Janet. Les malades adressées pour troubles gynécologiques en fournissent la plus grande part. Ici, encore, nous relaterons tout d'abord les observations de cas de traitements difficiles ou d'échecs plus ou moins complets.

Observation :

Mme W... 35 ans, commerçante, en province. Premier contact : professeur agrégé Padovani. Elle se présente à lui comme la plus typique des douleurs du dos, d'origine affectivo-sexuelle. Les examens cliniques et radiologiques sont négatifs, une légère scoliose banale ne saurait expliquer les caractères de la douleur ni le contexte dépressif, ni la présentation "écrasée" (elle évoque tout à fait les cas décrits par Alajouanine et Nick sous le nom de syndrome d'Atlas, pour des douleurs de ce type siégeant à la région cervicale).

Mais la malade habite très loin, le traitement ne peut être institué.

Deuxième contact : un an plus tard, en mars 1955. On nous presse d'hospitaliser la malade, elle est considérée comme présentant un état de mélancolie avec élément périodique. Déjà en

1954 un traitement par électro-chocs avait été proposé.

Histoire gynécologique : a eu deux enfants, 7 et 5 ans. Les troubles dépressifs et dyspareuniques existaient avant la naissance du second, mais paraissent avoir été accentués ensuite. En outre, en mars 1954, du fait de leucorrhée, le professeur agrégé Ravina conseille une électrocoagulation du col, associée à un traitement anti-infectieux. La malade ne suit pas ses directives.

En avril 1955, l'examen gynécologique montre effectivement un utérus rétroversé et attiré vers la droite. Une ulcération du col superficielle étendue, très inflammatoire. La coagulation exocervicale superficielle est indispensable, acceptée par la malade et renouvelée le mois suivant.

Ambiance familiale : on ne peut évidemment que fournir des renseignements moins précis. La malade s'est plainte du surmenage intensif causé par son commerce, joint à l'entretien de son intérieur, aux soucis dus à ses deux enfants. Son mari, dit-elle, serait sans initiative, indolent, lui laissant toute responsabilité, négligeant même de lui éviter certains travaux physiques. On constate que la malade est très entourée, en particulier par sa belle-soeur, représentante de sa belle-mère. C'est elle qui rédige les lettres, étudie les conditions d'hospitalisation, cherche à recueillir des renseignements la concernant auprès des multiples médecins. Personne manifestement active et dynamique, très soucieuse de l'avenir de son frère et de sa famille.

Du mari, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'un sujet

un peu aboulique dominé avant son mariage par le dynamisme de sa soeur et de sa mère, ayant évité dans une certaine mesure les responsabilités. Il ne s'agit que d'une supposition. Nous nous gardons jusqu'à plus ample informé d'en tirer des conséquences thérapeutiques, des directives dans les conseils à donner.

Plus tard, la malade nous confiera ce qu'elle estime être une autre cause de malaise : l'élément "autre milieu" ; son père était notaire, son mari, après avoir renoncé à s'occuper du commerce d'épicerie (confié à sa soeur) a ouvert une petite boutique de coiffeur. Il est impossible de juger de l'importance de ce facteur. On peut suspecter qu'il ait provoqué une forme de compensation, refuge vers la profession libérale médicale.

Elément phobique vrai : agoraphobie certaine. Ses signes sont des plus nets malgré la richesse de la symptomatologie associée : douleur dorso-lombaire, dépression, crise de larmes, insomnies, aspirations bovarystes. Apparition contemporaine des phases du maximum de la dépression : l'impossibilité de sortir. Angoisse à la pensée de sortir de chez elle, sentiment qu'elle n'ira pas jusqu'au bout, de faiblesse intérieure, de jambes coupées. Tendance au confinement. Elle se fait accompagner de son mari pour traverser une rue (nous insistons sur ce fait révélé par la malade en apparence contradictoire avec ses sentiments conjugaux). Elle a présenté et présente encore l'impression de "vide dans la tête" des grands psychasthènes.

A l'examen physique : gros troubles vaso-moteurs. Instabilité de la T.A. (passage de 15 à 12 de la maxima, paraissant

émotif ; pas d'élément orthostatique lors de notre examen). Instabilité du pouls, ébauche de névrose tachycardique. Sudation exagérée semblant confirmer ce que la malade affirme : serait inondée de sueur lorsqu'elle doit traverser une rue, seule.

Rôle favorable du port d'un lombostat pendant trois mois. Amélioration de la possibilité de sortir : impression de se sentir soutenue. Mais épuisement de cet effet thérapeutique.

Nous retenons, par ailleurs, un résultat favorable transitoire obtenu par acupuncture (aiguilles aux mains et aux pieds). Mais ce traitement a été associé chaque fois à la vertébrothérapie. Il est impossible de discerner laquelle de ces deux thérapeutiques fut active.

Au cours de l'hospitalisation, le début du traitement cutané a pu être réalisé par le mari. Nous avons insisté pour que la malade soit accompagnée par lui et non par des membres de sa famille. Les points douloureux disparaissent. L'acceptation du traitement de part et d'autre paraissant sincère, nous laisse un certain espoir de réussite. Le recul n'est pas suffisant pour nous permettre de conclure.

Toutefois, les événements survenus depuis la rédaction de ce passage, montrent une amélioration très encourageante.

Observation :

Mme C... Marguerite, 40 ans (docteur Gaud) ; est mariée depuis cinq ans. Très fidèle consultante de gynécologie depuis 1951 pour dysménorrhée et douleurs pelviennes.

En l'absence d'amélioration des troubles fonctionnels,

malgré hormonothérapie et antibiotiques, elle est adressée à la consultation. Hostile ou très anxieuse, impression de refus du contact médical. Manifestement déçue ou inquiète de ce changement d'habitude de traitement. Son mari l'accompagne à chaque visite (à cause de son agoraphobie), mais n'assistera aux consultations que sur notre demande. La malade nie tout trouble sexuel ; affirme qu'elle est "normale" de façon telle qu'elle rompt toute recherche dans ce sens. A l'examen, on note : agoraphobie complète, grave ; confinement dans son intérieur, sauf quand elle est accompagnée de son mari.

Troubles vaso-moteurs : on est surpris de l'existence d'une hypertension artérielle (max. 18), mais si l'on maintient la malade au repos et au calme un certain temps, elle disparaît (13-9) sans variation orthostatique. Par ailleurs, bradycardie relative de type vagotonique (60), tendance aux sueurs, aux lipothymies.

L'essai de traitement cutané par le mari sur les points douloureux entraîne une réaction névropathique intense, avec tremblement généralisé "pseudo-palustre", claquement des dents, spasme du sanglot, crise de larmes peu abondantes.

Essai d'hospitalisation avec le mari. Ce dernier nous a fait la meilleure impression : homme à la vie des plus régulières, calme, paisible, compréhensif, paraît très affectueux, très dévoué envers son épouse. Nous l'étonnons beaucoup quand nous lui apprenons que sa femme a affirmé n'avoir aucun trouble sexuel. Elle se refuse au contraire à tout rapport, et d'une

façon de plus en plus marquée. Ceci tout en partageant les sentiments affectifs de son mari.

L'hospitalisation avec le mari avait été proposée et acceptée pour les raisons suivantes : la malade agoraphobe ne pouvait sortir qu'avec son mari. Le travail de ce dernier rendait impossible de fréquents déplacements en consultation externe. D'autre part, ce cas apparaissait d'une grande délicatesse à tous points de vue. Les troubles vaso-moteurs, les variations de la T.A., méritaient une étude attentive. Enfin nous nous proposons d'associer un traitement de relaxation, de détente, difficile à exécuter en consultation externe.

Au bout de trois jours, la malade voulut formellement quitter le service. Il semble que ce qui ait motivé cette décision ait été un entretien hors de sa présence avec le mari. Bien que ce dernier nous ait promis de ne rien lui révéler. Mme M... se refusait à toute enquête médicale dans le domaine de la sexualité. L'hospitalisation a pu lui apparaître un traquenard pour mettre en évidence ce qu'elle voulait cacher. L'évocation de ses troubles de la T.A. et de tout le contexte "médical" fut impuissant à la faire revenir sur sa décision.

Nous ne nous y sommes donc pas opposés, nous avons eu un long entretien avec le mari ; une lettre détaillée pour le docteur Gaud lui fut remise. Cette lettre ne fut jamais reçue. Le docteur Gaud estime que cette lettre a sans doute été subtilisée par la malade.

COMMENTAIRES :

Pour des raisons les unes médicales, les autres sociales,

ne pas recourir à l'hospitalisation était difficile. Il faut reconnaître que celle-ci fut insuffisamment préparée. Mais une préparation suffisante se heurtait au facteur temps. La malade tenait à être soignée sans doute "à sa façon". Elle insistait vivement auprès du gynécologue, le décourageant, cependant, par les échecs de tous les traitements locaux et endocriniens.

Observation :

Mme L... mariée depuis 15 mois. Famille médicale. Consulte le professeur agrégé Merger pour stérilité. On note des angoisses, une impression de mort imminente, des crises de larmes "sans raison", une insomnie pénible. Par ailleurs, une dysménorrhée.

La famille de la malade attire spontanément l'attention sur le fait que le jeune couple habite un petit bourg "sans distractions". Cependant, le mari exerce une profession libérale, la jeune femme dispose d'une voiture et l'utilise assez souvent.

A l'examen, les signes fonctionnels relèvent d'une association névrose tachycardique, tendances lipothymiques, quelques extra-systoles.

Dernière crise de larmes en sortant du théâtre où on l'avait emmenée voir une pièce gaie. A manifestement consulté parce qu'une grossesse aurait une importance psychologique considérable, mais pas seulement pour cette raison, comme nous verrons. Expression embarrassée, gênée, mais aussi anxieuse et grave de façon évidente, éloquente même. La certitude d'un malaise apparaît immédiatement. Très discrètement interrogée quant à d'éventuels troubles sexuels. Précautions bien étudiées, évocation des

anxiétés. A la moindre ébauche d'allusion, elle oppose la négation de tout trouble, négation trop rapide, trop tôt venue, signifiant : "ne vous en mêlez pas".

Aggravation des angoisses après avoir appris qu'un jeune homme à peine connu d'elle, était mort subitement d'une affection cardiaque. Cette nouvelle assez banale lui a été révélée par sa mère, trois semaines plus tôt. La suite de notre étude permet d'éliminer un choc affectif caché. Il semble s'agir de la cause occasionnelle ("moment fécond"), d'une névrose obsessionnelle. La malade paraît bien près de celles qui "n'osent sortir, craignant de se trouver mal".

Nous attachons une grande importance aux poussées urticariennes (1) nombreuses, intenses, avec vésicules, presque toujours vespérales, après le repas.

Rédaction d'une longue lettre destinée à son médecin, concluant qu'un malaise doit exister, mais qu'il paraît peu thérapeutique de provoquer son aveu. Cette lettre est entièrement communiquée à la malade.

Quelques jours plus tard, la mère, avec laquelle le médecin s'est entretenu, explique longuement les phénomènes de frigidité et de dyspareunie de sa fille. Cette dernière ne s'est confiée qu'à sa mère, pas à son mari.

Nouvelle consultation provoquée par la mère, à trois per-

(1) Nous évoquerons cette observation sans la reproduire au chapitre : accidents d'intolérance ou de type anaphylactique.

sonnes : la malade, sa mère, son mari. La malade est revue seule deux jours plus tard: elle rajoute à ses confidences rigoureusement rien d'autre que sa mère n'ait déjà révélé. La réserve dont elle a fait preuve la première fois demeure inchangée. Nous ne saurons jamais pourquoi elle a interrompu ses études qui paraissent pourtant se dérouler normalement dans une grande ville universitaire, ni pourquoi elle dit "vous" à son mari, alors que l'usage du tutoiement est habituel dans les deux familles.

Essai de réflexothérapie locale par le mari. On nous informe que les convictions morales de part et d'autre s'opposent toujours au divorce, ce qui indique qu'on y a déjà pensé.

Cette jeune femme avait des ascendants ayant présenté urticaire et eczéma, mais elle-même n'en avait jamais été atteinte avant les premiers jours du mariage.

Dans l'immense majorité des cas cependant, les phénomènes phobiques, obsessionnels, sont loin d'être soit aussi organisés, soit aussi difficiles à guérir. Il est remarquable que le recrutement gynécologique fasse découvrir en grand nombre d'authentiques phobies nettement distinctes des dépressions banales. Ces malades ne se plaignaient pas de ces troubles, plus souvent n'osaient se plaindre, ou bien avaient été traitées mais indépendamment des troubles gynécologiques. Les succès complets sont fréquents, le traitement enlève à la fois les signes fonctionnels locaux, les troubles généraux et dépressifs, l'insomnie, en même temps, de façon rigoureusement contemporaine, les phobies et les

obsessions, même si elles étaient fréquentes depuis un temps déjà assez long. La périodicité prémenstruelle du syndrome obsessionnel disparaît en même temps que cette période cesse d'être douloureuse et pénible. C'est à ce propos que nous avons pu étudier la fréquence des relations avec des manifestations vasomotrices et même avec des manifestations allergiques.

Sur certains aspects physiologiques des névroses obsessionnelles

Chaque fois que le service de gynécologie a dirigé vers cette consultation une malade associant à ses troubles un élément phobique vrai (au sens psychiatrique du terme), on a constaté les faits suivants :

1° Les troubles gynécologiques étaient associés à un facteur affectivo-sexuel, d'origine extrêmement variable mais constant. Pareille constatation avait été faite en ce qui concerne les douleurs lombo lombaires ou cervicales, pseudo-chirurgicales.

2° Les phobies qui ont attiré notre attention ont été du type phobie des espaces ; le plus souvent, agoraphobies, parfois claustrophobies (parfois les deux phobies associées). Il a été particulièrement frappant de constater que ces phobies des espaces, souvent vues au début parce que ne provenant pas de consultations de psychiatrie, étaient expliquées par la malade, par la peur de se trouver mal, associée à d'authentiques sensations tachycardiques ou lipothymiques.

Surtout l'examen physique, certaines épreuves justifiaient

ou paraissaient justifier les craintes de la malade. En effet, on constatait, tantôt de véritables lipothymies névropathiques, avec chute et obnubilation survenant sur un vagotonisme : pouls relativement lent, sudation anormalement abondante, pâleur et sensations vertigineuses, réaction par une hypotension à certaines émotions ; tantôt des phénomènes de névrose cardiaque : tachycardie paroxystique avec malaise, peur de la mort, ou extrasystoles de type neurotonique.

Plus rarement, comme chez notre dernière malade, l'association d'une hypertension passagère avec une tendance lipothymique et émotive.

Il arrive quelquefois que les antécédents de la malade permettent de saisir (tout en faisant certaines réserves) l'épisode auquel remonte telle ou telle phobie d'espace (métro, train, milieu confiné ou espaces vides). Lipothymie au cours d'une période dépressive, souvent prémenstruelle avec comme cause occasionnelle une situation donnée, agissant ensuite comme un réflexe.

Ainsi ces malades se présentent alors avec la symptomatologie suivante :

- 1° Trouble gynécologique, motif de la consultation ;
- 2° Malaise d'origine sexuelle ;
- 3° Réaction cardiaque et circulatoire ;
- 4° Phobies véritables d'espaces (1) paraissant provoquées

(1) Il n'est pas douteux que certaines autres phobies chez la femme (souillure, phobies agressives) sont aussi associées à un malaise sexuel. Nous ne pouvons insister sur ces faits dans le cadre de ce travail. En général, d'ailleurs, à ce stade il ne s'agit plus de consultantes de gynécologie, mais d'un service de psychiatrie.

par les réactions circulatoires.

Cependant, il convient d'être averti contre un certain nombre de généralisations.

- A - Un mécanisme identique ne saurait être aveuglément appliqué à toutes les phobies d'espaces ou de lieu. Il s'agit ici de phobies chez des malades gynécologiques.
- B - Adopter le raisonnement de la malade : tendance lipothymique ou impression auxiogène de névrose cardiaque, cause de la phobie fixée par un réflexe, lors d'un moment favorable, est séduisant. Dans certains cas même, presque incontestable. Il convient cependant d'être très réservé tant est grande l'intrication des phénomènes de tous ordres.

Ce qu'il y a de certain, c'est que l'existence des troubles circulatoires, l'activité médicale contre ces troubles, fournissent dans beaucoup de cas un excellent mode de contact. De brillants succès thérapeutiques pour tout le syndrome lorsque le traitement est efficace contre les réflexes vaso-moteurs et circulatoires.

- C - Parmi les malades adressées par la consultation de gynécologie, un grand nombre, nous l'avons vu, ne présentent pas de malaises affectivo-sexuels. Parmi celles qui l'ont, de façon digne d'être retenue, l'existence de phobie véritable demeure d'une relative rareté(1). La réaction demeure neurasthénique,

(1) On ne saurait oublier l'élément constitutionnel, l'hérédité psychologique importante, comme dans toute psychasthénie.

plutôt que phobique, psychasthénique véritable.

Mais il est assez fréquent, dans un contexte dépressif, souvent à prédominance prémenstruelle, associé à des tendances lipothymiques, d'entendre la malade signaler qu'elle n'ose plus sortir, ou qu'elle ne peut entrer dans un wagon, dans un cinéma.

Ces cas, au début, sont souvent, lorsque les circonstances sociales ou familiales le permettent, d'un traitement très facile (triomphe des réflexothérapies avec participation du conjoint).

LES ASSOCIATIONS AVEC DES TROUBLES

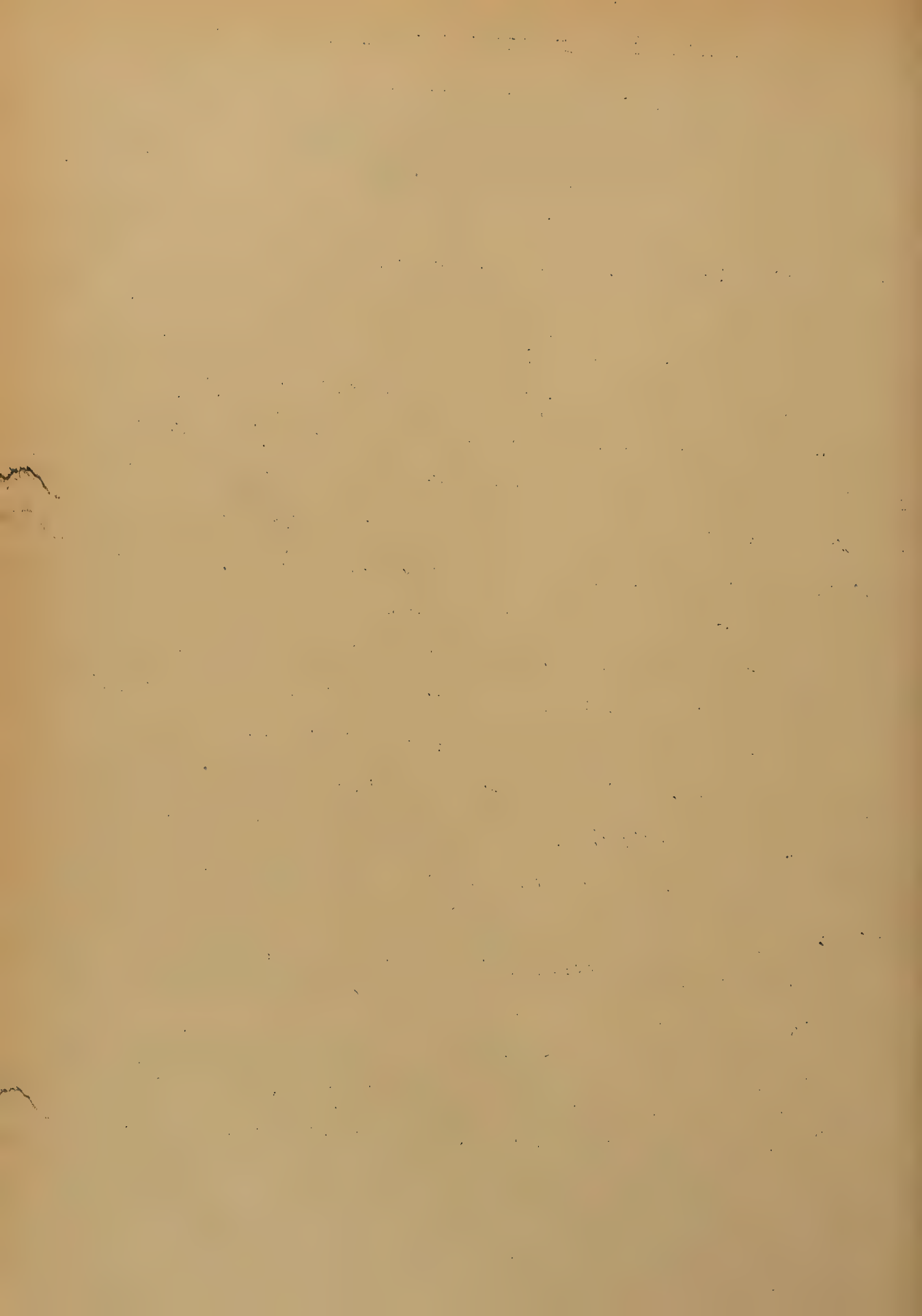
DE TYPE ANAPHYLACTIQUE

Parmi les malades qui nous sont adressées, un certain nombre présentent des crises d'asthme, beaucoup plus souvent des poussées d'urticaire, d'oedème de Quincke, incidents auxquels peuvent être rattachées certaines migraines. Ces troubles ne paraissent sans doute pas exister chez la majorité de nos consultantes. Mais notre attention a été attirée tout d'abord :

- par des cas pour lesquels les accidents étaient apparus de façon rigoureusement contemporaine aux troubles douloureux ou dysménorrhéiques, en même temps que des troubles sexuels (dyspareunie), semblant former alors, dans cet état dépressif, une manifestation vaso-motrice de plus ;

- par des observations pour lesquelles les poussées urticariennes ou d'oedème de Quincke n'étaient pas contemporaines des troubles divers ; parfois même elles étaient disparues lors de la survenue de ces troubles, donnant l'impression d'un "remplacement". Mais ces incidents survenaient à la puberté ; leur évolution était fonction de la vie génitale, endocrinienne et émotionnelle ;

- parce que le diagnostic des troubles respiratoires peut être imprécis. On pense à une dyspnée émotionnelle de type "névropathique", mais des éléments fournis par une observation plus longue font réserver la possibilité d'asthme, au moins de ses formes ébauchées, répondant aux descriptions classiques.



La symptomatologie évoque l'existence de formes de passages d'angoisses respiratoires pouvant évoluer vers l'asthme vrai, surtout si l'auscultation post-critique n'est pas absolument négative, ou s'il y a association à des oedèmes de Quinke, laryngite, bronchite.

Enfin, dans d'autres cas, il s'agit d'asthme évident depuis longtemps traité.

Rappelons les conceptions anciennes qui faisaient de l'asthme une névrose, les travaux concernant l'asthme émotif, le rôle de l'émotion dans tous ces accidents asthmatiques ou allergiques. Le choc dont le rôle a été étudié peut être émotif.

On sait également la parenté de ces accidents avec certaines maladies endocriniennes ou dysfonctionnement endocrinien, surtout avec les troubles ovariens. Récemment, les travaux de Jacquelin, Turiaf et Villanova concernant l'asthme nocturne onirique, l'asthme diencéphalique, montrent bien que l'anxiété nocturne peut évoluer sous la forme d'une crise d'asthme authentique.

On peut évoquer les résultats obtenus par l'acupuncture, par les méthodes de dérivation cutanée (Jacquelin et ses élèves).

Les réflexothérapies employées par nous ont été aussi actives dans certains cas d'urticaire, d'oedème de Quinke, même dans certains cas d'asthme sans épine irritative importante, surtout dans certaines migraines ou céphalées paraissant pouvoir être rattachées à ces troubles ou tout au moins survenir sur le même terrain.

Enfin, il faut rappeler les conceptions de Besredka :

importance des facteurs nerveux, théorie de la désensibilisation, etc.

Ce rapprochement doit être complété ou corrigé en signalant le terrain particulier (données classiques). Comme Jacquelin, Turiaf, Villanova, nous avons été frappés de retrouver avec netteté dans certains de ces cas : l'énurésie tardive, ou plus souvent le somnambulisme, associées à d'autres manifestations tantôt rangées dans le cadre de l'épileptoïdie, tantôt dans celui de la constitution hystéroïde.

Dans bien des cas, c'est lors du mariage ou bien d'une façon rigoureusement contemporaine du début de la dyspareunie que sont survenus ces accidents.

Nous avons déjà cité une observation (celle de Mme L... au chapitre des névroses obsessionnelles).

Observation :

Mme C... âgée de 40 ans. Opérée depuis peu par le docteur Lévy pour une métrite hyperplasique. Intervention précédée de ménorragies très abondantes. Il reste cependant de nombreux troubles pour lesquels le docteur Lévy l'adresse.

Mariée deux fois : la première fois à l'âge de 20 ans. Deux enfants. Deuxième grossesse difficile : vomissements, troubles digestifs à la fin de la grossesse. Aurait été traitée par Laristine (diagnostic de probabilité d'ulcère). Elle garde du traitement un souvenir "atroce" de "brûlure sur l'estomac".

Remariage en 1946 ; suivi d'appendicectomie et d'apparition d'urticaire.

Depuis cette date, la symptomatologie polymorphe comporte :

- Outre les troubles gynécologiques dyspareuniques, un dysfonctionnement endocrinien de type hyperfolliculinique ;
- Des manifestations urticariennes aux causes multiples, par crises rapides, étendues, avec des équivalents, des nausées, des tendances lipothymiques.

Tableau d'une grande richesse motivant l'intérêt médical et de nombreuses thérapeutiques pour essayer de la désensibiliser aux aliments. Mais il existe aussi une intolérance à certains vêtements : lainages, poils de fourrure, nylon, etc.

D'autres phénomènes : céphalées à répétition, nausées avec tremblements d'aspect névropathique, crises d'énervement hystéroïdes, spasmes du sanglot. L'émission de larmes amène, dit-elle, la cédation du prurit de l'urticaire, ou empêche l'éruption dont elle sentait les premières manifestations ; insomnie presque complète, dit-elle, depuis deux ans ; échec, affirme-t-elle, de tous les sédatifs ; manifestations douloureuses nocturnes : se lève chaque nuit, oppressée par une sensation épigastrique, un ballonnement, qui ne cesse qu'après de nombreuses éructations. Par épisodes : érubescence paroxystique digestive, au cours du repas ; le visage devient rouge, violet, parfois dès les premières bouchées, avec crise de tachycardie. Au palper : lambda très douloureux, douleur maxima dans la région solaire.

En 1950, début d'une sciatique à bascule "interminable", plâtre lombostat, lit dur ; guérison après deux ans et demi d'alitement

Après des bains de soleil, accidents abdominaux douloureux et pseudo-occlusifs, motivant l'observation en clinique chirurgicale.

Malade exubérante : hyperthymie émotive ; rien n'est exposé avec calme. Impression de "prurit psychique". Histoire médicale au polymorphisme apparent maxima (gynécologique, endocrinologique, hépatologique, voies digestives, accidents anaphylactiques, chirurgie orthopédique, neurologie, etc.)

La malade ne semble pas avoir recherché ou avoir été orientée vers une cause unique, ou vers des causes minima de ses troubles. Multiples jugements affectifs concernant les très nombreux médecins consultés. Le mari, paraissant épuisé, évoque la campagne de Cassino au cours de laquelle il pouvait dormir malgré le bombardement.

Cette malade n'a pu être suivie probablement du fait de l'instabilité de son humeur. Ceci paraît regrettable. Les phénomènes réflexes paraissent dominer son histoire pathologique.

Enfin, dans de nombreux cas, les accidents d'intolérance s'associent aux phobies et aux obsessions. Réserves faites en ce qui concerne le terrain, les troubles sexuels et génitaux paraissent être l'origine du malaise, de la dépression, de ses conséquences vaso-motrices. Celle-ci peut aller jusqu'aux troubles d'intolérance, voire même jusqu'à l'asthme authentique ; dans certains cas, l'anxiété s'organise jusqu'à la phobie. En cas de phobie précise (couteaux, souillure, espaces, confinement, etc.), on ne peut s'empêcher d'évoquer la comparaison entre la relative

spécificité de l'agent déclenchant et un phénomène relativement analogue pour l'asthme, l'œdème de Quincke, l'urticaire.

Cette recherche gynécologique amène dans ces cas relativement nombreux et précis à évoquer une similitude de réaction du système nerveux. Sans nous attarder ici à d'autres hypothèses pathogéniques, signalons que cette corrélation peut être considérée comme un encouragement dans l'orientation vers les thérapeutiques par voie réflexe.

Une de nos malades douée d'un esprit d'observation très développé, relatait les faits souvent confirmés par son mari, médecin spécialiste des plus distingués.

Observation :

"Quand je suis en période de malaise (vertige mental, peur, sentiment de mort imminente, agoraphobie ayant débuté après césarienne), j'ai une intolérance à tout ou presque tout : alimentaire, médicamenteuse, cutanée (nylon, poils de fourrure, teintures, même exposition au soleil) ; ces causes provoquent urticaire, vomissements, lipothymies. Il n'y a pas coïncidence entre les poussées d'urticaire et les angoisses ; elles surviennent respectivement à des heures différentes, mais toutes pendant les "mauvaises périodes". Quand je suis "en bonne période", sans angoisse, sans peur, je suis surprise de pouvoir manger n'importe quoi (épices, fraises, chocolat, etc.) avec une tolérance absolue qui m'étonne."

Dans bien des cas, malgré l'importance du terrain consti-

tutionnel, les accidents d'intolérance ne surviennent que lors de la dépression. Les traitements psycho et réflexothérapeutiques associés suivant les cas, font disparaître la phase d'accidents allergiques en même temps que cesse la dépression et que le sommeil redevient normal.

MYTHOMANIE ET HYSTERIE

Dans une telle consultation, il faut envisager les problèmes traditionnellement posés par ces deux vocables : ils peuvent répondre à l'opinion de l'entourage concernant la malade. L'origine affective du malaise a pu être remarquée par un ou plusieurs membres de la famille, ou de la belle-famille de la malade ; la symptomatologie réactionnelle a pu attirer l'attention ; l'irritabilité, les spasmes du sanglot, leurs équivalents à eux seuls, peuvent ne pas être toujours considérés comme une "maladie" (il est des cas, par contre, où ils peuvent l'être, trop ou mal à propos). Tout dépend de quel entourage il s'agit, de ses sentiments vis-à-vis de la malade ou de son conjoint, ou de son indulgence devant les conséquences professionnelles des troubles.

Ainsi, lorsque la symptomatologie émotive domine, ces malades peuvent être souvent qualifiées de "comédiennes" ou d'"hystériques", par une partie de leur entourage, moins souvent par des médecins.

A) La mythomanie chez nos malades :

On ne peut être mythomane sans mentir, c'est-à-dire avoir conscience qu'on ne dit pas la vérité, qu'on trompe. Mais tous les menteurs ne sont pas mythomanes. Il faut un autre élément au mensonge : son caractère pathologique, un certain trouble du contrôle, une obnubilation apparentée au rêve, l'hédonisme avec thème affectif sexuel ou juxta sexuel, l'arriération affective, un

terrain (constitution de Dupré), souvent associé à l'épileptoïdie avec ou sans troubles du comportement social.

Nous pouvons aussi avoir affaire à des menteuses d'un autre type : utilitaire (très rares) ; enfin à l'association entre les deux : utilitarisme dégradé, infantile.

Les malades qui nous sont adressées dans l'immense majorité des cas n'étant pas des menteuses, ne peuvent être considérées comme étant des mythomanes. Il en existe cependant, bien que rares (3 sur 100) (1). Nous attirons l'attention sur les problèmes posés par elles pour les raisons suivantes : il faut innocenter la grande majorité de nos malades d'opinions accusatrices trop répandues, dont l'effet lointain, comme nous le verrons, est de favoriser le recrutement des guérisseurs, et s'efforcer de grouper les signes distinctifs des malades pour lesquelles existe un élément de mensonge morbide.

Observation :

Mlle L... Lucette, 24 ans, multiopérée : appendicectomie en 1949, pexie rénale en 1952, ovariectomie en 1953. Affirmation de tentative de viol par un Nord-Africain dissimulé dans un buisson. Récit démenti et jugé invraisemblable par la famille. Somnambulisme. Enurésie tardive. Crises convulsives non épileptiques.

E.E.G. : retard de maturation du tracé, anomalies indiquant

(1) C'est relativement peu, et on peut se demander si une recherche attentive ne rencontrerait pas une proportion aussi forte dans tout service de médecine ou de chirurgie.

un seuil convulsivant abaissé.

Légèreté sexuelle. Mythomanie romancée (l'Arabe), surtout pathominie chirurgicale. Rôle fixateur et aggravant certain de ces interventions chirurgicales.

Cependant, les points douloureux abdominaux sont indiscutables. Très grosse instabilité vaso-motrice. Crises d'anxiété, vraisemblables. Allégation de frigidité dont il est impossible de juger de la sincérité.

Aggravation par une instabilité affective et professionnelle. Paraît difficile à traiter. Réflexothérapie contre indiquée. Psychothérapie délicate. La malade, après quelques réponses paraissant sincères, semble s'évader et fournir des réponses soit douteuses, soit invraisemblables. Quitte le service non améliorée; se fait hospitaliser à l'hôpital Henri Rousselle, ce qui constitue peut-être un progrès : conscience plus nette de l'anomalie psychique.

Observation :

Mlle Q... Monique, 17 ans. A l'inverse de la malade précédente, a une vie régulière, pas de légèreté sexuelle. Vie familiale très repliée. La mère fournit de longs développements des maladies de sa fille, avant de lui laisser le temps de répondre, y compris en ce qui concerne les troubles gynécologiques : leucorrhée permanente. C'est d'ailleurs pour cette leucorrhée qu'elle consulte pour la première fois au Centre Foch.

Longue histoire de R.A.A. (cortisone, salicylate) : aucune séquelle cardiaque. La jeune fille écoute avec un demi sourire

son histoire racontée par sa mère, très attentive à notre attitude.

Courte hospitalisation : constatation de simulation de fièvre ; aucun signe biologique infectieux. Aveux rapides complets. Ancienneté des troubles : quatre ans. Elle les fait remonter au choc provoqué par un exhibitionniste, épisode malheureusement invérifiable. Mère non encore informée des troubles réels. La malade quitte le service promettant de revenir. Ne tient pas sa promesse. Retrouvée à la consultation de cardiologie du docteur Delamarre, qui nous confirme l'absence de tout trouble cardiaque, l'absence de poussée de R.A.A. malgré les nouvelles affirmations de la malade. Réhospitalisée dans le service de médecine : simulation d'état infectieux et provocation de vomissements. Essai de psychothérapie, complété en présence de la mère de la malade. Le récit de l'exhibitionniste se révèle faux. La malade continue d'être suivie à titre externe.

Observation :

Mme L... Eliane, 23 ans. Intervention en février 1954 (clinique privée) pour rétroversion utérine rendue responsable d'algies pelviennes et lombaires. Pas d'amélioration ; nécessité de libération de l'hystéropexie (fixation trop haute) suivie de cloisonnement du Douglas. Adressée par le professeur agrégé Merger : persistance des douleurs. Maniérisme. Zones douloureuses au palper abdominal. Douleur dorsale. Comportement léger dans le service. Confondue après vérification d'une pseudo fièvre. Continue cependant à être suivie en consultation ; affirme se sentir

mieux. Répugnance manifeste à venir accompagnée de son mari. Se dit guérie devant notre insistance. Retrouvée plus tard à la consultation du docteur Rainaut pour douleurs du dos. Puis de nouveau à celle du professeur agrégé Merger (mêmes douleurs). Impression d'impuissance thérapeutique presque complète du fait de l'attitude de la malade. Bovarysme. Hédonisme chirurgical et gynécologique. Troubles de type frigidité, dyspareunie, certains. La situation conjugale a pu aggraver considérablement des tendances constitutionnelles peut-être modérées. Bilan impossible à faire, aucune confiance n'ayant pu lui être accordée. Pas de contact psychothérapique efficace.

Observation :

Mme M... adressée par le docteur Lévy pour algies pelviennes. Prétend être une ancienne étudiante en médecine à Louvain. Incapable de donner aucune précision sur l'Université ni de fournir le nom d'un professeur. Troubles de la mémoire allégués. Par contre, documentée sur de nombreux services parisiens. Prétend y avoir fait des stages, semble y avoir été hospitalisée. Sa qualité d'étudiante en médecine est invraisemblable. Elle affirme être le soir chanteuse dans une boîte de nuit sans se rendre compte du ridicule de cette prétention. Nous apporte les chansons qu'elle "crée", parle de son "manager". Il est impossible, dit-elle, que son mari l'accompagne. Facilement confondue à propos d'une affirmation. Essai de psychothérapie. Succès apparent immédiat. Pronostic réservé.

Dans l'ensemble :

Les quelques pathomimes évoquées présentent d'assez notables différences. Une habitude de ces malades fait que le diagnostic est souvent assez facile. Leur présentation est généralement différente des autres malades, même de celles qui sont déprimées, neurasthéniques, ou qui présentent un spasme du sanglot. Il peut arriver qu'une mythomane ait une crise de larmes, mais alors elle est pour un temps variable guérie, il y a rémission de l'activité de rêverie mensongère, disparition de l'hédonisme qui l'entretient.

On note une attitude retenue, le malade ne regardant pas en face, un ensemble de maniérisme et d'hésitation dans les allégations, comme l'incertitude d'être crues, un trouble de la mimique pouvant aller à ce moment jusqu'au tic. Enfin, c'est presque toujours dès le premier interrogatoire que d'autres affirmations se révèlent peu ou pas vraisemblables (pseudo-étudiante, histoire de viol, etc.)

Le roman intérieur est diffus, l'aspect gynécologique n'en constitue qu'un épisode ou qu'une nécessité, la suite doit apparaître. Elle apparaît donc trop rapidement (la rêverie mythomane est pressée) inutilement, souvent aisément réfutable, car les mensonges orgueilleux sont émis avant que le jugement ait pu corriger une invraisemblance plus ou moins nette.

Bien différent serait par exemple un mensonge utilitaire : une femme désirant une hystérectomie pour ne plus avoir d'autres enfants, se plaindra de tels ou tels signes fonctionnels mais

strictement en rapport avec la région de l'utérus.

Les mythomanes doivent ou devraient être traitées. Il faut tenir compte non seulement des éléments constitutionnels, mais aussi de malaises réels, parce qu'en dehors du mensonge, il existe chez elles des troubles vaso-moteurs d'origine émotive ou instinctive sexuelle. En fait, lorsqu'elles consultent en gynécologie, il y a un élément réel fonctionnel très fréquent. Il est cependant très difficile à traiter ; il existe une extrême habilité affective, les réflexothérapies cutanées sont le plus souvent contre indiquées.

Une transformation mensongère peut suivre à chaque instant la moindre vérité, annexant le médecin, le dirigeant, l'obligeant à une critique permanente. Les quatre observations présentées peuvent sans doute être considérées comme des échecs. Aux causes tenant à la malade, il faut joindre les difficultés particulières des psychothérapies, en particulier le temps qu'il faudrait y consacrer. Ces mythomanes, nous le répétons, ne figurent que dans la proportion insignifiante de 3 %.

B) Le problème de l'hystérie :

Les malades pouvant être rangées dans cette rubrique nous paraissent encore moins nombreuses (en tenant compte qu'il s'agit bien des malades dirigées du service de gynécologie). Naturellement, il faut éviter de grouper là toutes les malades qui présentent des crises d'énervement, des spasmes du sanglot, des tendances lipothymiques. Nous n'avons pas observé d'accidents

répondant à la description du pithiatisme de Babinski. Certaines malades ont eu des vomissements ; rien ne permet de les assimiler ni même de les rapprocher des descriptions classiques de vomissements hystériques. Deux malades seulement ont paru associer des éléments convulsifs appartenant à la grande névrose (Charcot Richer). Nous insistons donc sur l'importance des critères adoptés. Sans aboutir à une définition absolument précise, ils tendent à limiter cette classification. Il s'agit d'une habitude, nullement critique à priori, des autres conceptions de l'hystérie, certaines beaucoup plus étendues depuis Legrand du Saulle et même antérieurement.

Observation :

Mlle R... Bernadette 21 ans, a vécu dans son milieu familial agité où les disputes entre parents et enfants étaient fréquentes. Puis elle entre comme cartonnière dans une petite usine. Elle travaille aux pièces. Sentimentalement, la situation n'est pas meilleure. Son fiancé est jaloux, dit-elle, et elle rompt.

Brusquement, à son travail, elle est prise de palpitations intenses, d'étouffements avec tendance à la chute sans perte de connaissance. Les deux mains deviennent raides en même temps que s'ébauche une torsion des membres supérieurs. Ces crises irrégulièrement espacées ne se produisent que dans son travail.

Son médecin traitant, gynécologue, essaie en vain de rétablir un cycle menstruel disparu. Rien n'y fait, malgré un traitement correct. Mise en observation, au calme dans le service du docteur Bachet, les crises ne se renouvellent pas. L'électro-

encéphalogramme est strictement normal.

La malade a repris son travail et depuis trois mois, aucune nouvelle crise n'est survenue. Son médecin traitant nous l'a confirmé.

Observation :

Mlle B... Paulette, 19 ans, consulte en gynécologie pour une dysménorrhée qu'elle attribue à un kyste de l'ovaire droit, diagnostiqué en ville. Le docteur Lévy refuse l'intervention demandée et l'envoie au docteur Bachet en raison des manifestations nerveuses exubérantes. La malade est anxieuse, agitée, secouée fréquemment de spasmes du sanglot. Son maniérisme est tel qu'elle se détourne continuellement pendant l'interrogatoire. Elle se plaint d'algies multiples, de constrictions cervicales, thoraciques. Cet état dure depuis environ trois ans, avec deux tentatives de suicide, ou gestes de suicide au gardénal. Il semble que son enfance ait été agitée. Déjà opérée d'une appendicite en 1947, elle tient à se faire enlever le kyste de l'ovaire droit, dont on lui a parlé. Elle y réussit, mais pas dans le service. Nous avons lu le compte-rendu opératoire : résection partielle de l'ovaire gauche, rien à droite.

Confrontation :

Il n'est cependant pas exceptionnel d'observer des phénomènes pithiatiques ou appartenant aux formes "intermédiaires" entre pathomimie et phénomène hystérique. Mais ces malades sont presque toujours adressées par d'autres services que celui de

gynécologie.

Observation :

Mme M... Suzanne, 32 ans. Hospitalisée dans le service du docteur Morin (médecine générale). Douleur cervico-occipitale et du membre supérieur droit. Les douleurs du bras droit sont apparues à la suite d'une grossesse. Bientôt suivie de paresie, puis de paralysie, puis d'anesthésie à topographie de type hystérique. Ce diagnostic est porté et paraît confirmé par l'apparition de crises répondant aux descriptions traditionnelles. Episode de mutisme passager du même type. Dans le service de psychothérapie, aggravation des troubles, extension au membre inférieur, contracture atypique, démarche dramatoïde, pas d'atteinte de la face. Inefficacité absolue des réflexothérapies. Echec du traitement par scopochloralose. Aux faradisations la malade remue, puis dès l'excitation passée, récupère sa paralysie.

Crises rigoureusement identiques aux descriptions de Charcot Richer (arc de cercle - clownisme - phases successives, etc.).

Attitude de bouderie, maussade permanente, malveillance. Ne cesse de stimuler son mari, "parle qu'on ne lui fait rien", "qu'on ne s'occupe pas d'elle". Ses troubles s'aggravent : "elle n'était pas paralysée avant de rentrer, elle n'avait pas de crises". Une nuit, une grande malade ayant provoqué une agitation dans le service, elle attendit la fin du bruit puis aussitôt après, frappa le mur de toutes ses forces, en faisant pivoter

tout son corps horizontalement, suivant un rythme très suggestif.

Mythomanie : on lui a écrit que son fils avait tenté de se pendre du fait de son absence, mais on a pu le sauver à temps.

Mariée, mère de deux enfants, tous deux énurésiques tardivement. Elle-même aurait eu des convulsions infantiles. Issue d'une famille de 17 enfants. Son père aurait des crises convulsives, ainsi que plusieurs de ses frères et soeurs. Nous apprendrons plus tard, malgré ses réticences et celles de son mari, qu'elle a été internée à deux reprises. A l'électro-encéphalogramme, ondes lentes de faible amplitude, puis grande onde lente occipitale droite, associée à un potentiel pointu. Tous les tracés sont très anormaux sur les régions occipitales. Le docteur Arfeld-Capdevielle indique : impossibilité de savoir à quoi correspondent ces anomalies.

Contact médical extrêmement difficile. Le docteur Marchais apprend cependant, lors d'une période favorable, qu'elle ne peut supporter les rapports conjugaux ; elle souffre et s'écarte de son mari par tous les moyens. Elle désire vivement que ce dernier ne soit pas informé de ce fait.

Essais de contact avec le mari (docteur Marchais). Tentatives répétées de le faire participer à un traitement éventuel, sans que lui soient exposées les révélations de son épouse. Toutes se heurtent à une obstination imperméable : "soigner sa femme est le travail des médecins, il est inadmissible qu'entrée avec des douleurs et sans crises, elle soit maintenant paralysée

et avec des crises". Nie les internements. Devant les preuves, les reconnaît en ajoutant que sa femme n'aurait jamais dû être internée. En tout cas, "il n'emmènera pas sa femme avant qu'elle soit guérie, car elle est beaucoup plus malade qu'avant".

Un tel ensemble rend nécessaire le transfert de la malade dans un autre établissement. Violentes revendications du mari sans doute encore poussé par elle. Intervention de hautes personnalités syndicales qui prennent son parti, sans connaître évidemment l'origine des troubles que nous ne pouvons leur révéler.

Commentaires :

Cliniquement, association de phénomènes de type hystérique, chez une menteuse mais très pathologique, anomalies du tracé authentifiant les troubles physiologiques de ces malades. Crise absolument classique, "historique", sans facteur d'imitation.

Troubles de la sexualité certains, car ils sont la règle chez ces malades sous des formes variées. La dyspareunie, signalée par cette malade, pourrait être suspectée comme toute autre de ses déclarations, si le contexte, l'observation de malades identiques, l'arriération affective clinique et biologique ne la rendaient quasi certaine.

Nous retiendrons cette observation pour souligner un contraste.

Cette malade n'a pas consulté en gynécologie, n'a révélé à personne ce trouble, sinon tardivement au docteur Marchais. Elle n'a pas été hospitalisée pour cela, mais pour une douleur à

l'épaule suivie de paralysie du bras droit, et dans un service de médecine.

La différence avec les consultantes de gynécologie est très grande, sauf cas exceptionnels, comme celui de Mlle L. B... (dont l'électro-encéphalogramme était aussi anormal).

Certains psychanalystes auraient sans doute considéré la douleur puis la paralysie du bras droit comme évoquant une activité masturbatoire pénible. Il faut reconnaître que dans le cas présent, cette pathogénie n'est nullement invraisemblable, tout en restant hypothétique.

PSYCHOPATHOLOGIE DE NOMBREUX DIVORCES

Chacun des chapitres exposés évoque des exemples de familles menacées dans leur union, avec toutes les conséquences, en particulier pour les enfants.

Parmi les échecs de nos traitements, on compte nombre de situations comportant soit une proche séparation, soit une situation pénible pour tous.

Parmi nos succès, certaines malades se trouvaient dans une situation similaire et pourtant, elles ont paru guéries. Nous avons indiqué que, pour les cas difficiles, la psychothérapie n'était pas tout. On peut cependant poser la question : en l'absence de traitement, nombre de malaises n'auraient-ils pas eu, à la longue, des conséquences aussi fâcheuses sur la vie familiale ?

PROBLEME DE L'HYPNOSE

Magnétiseurs et troubles gynécologiques

Nul doute que les troubles fonctionnels de ces malades ne soient en grande partie susceptibles d'être guéris par les procédés hypnotiques. A plus forte raison lorsqu'ils ont pour cause un malaise affectif, émotif, sexuel.

Cependant, l'opinion du service est que cette thérapeutique doit être formellement proscrite dans de tels cas qui ne sauraient être comparés aux cas des douleurs des amputés, de certains épileptiques.

Nous nous efforcerons d'expliquer ce paradoxe, sans hésiter à exposer tout d'abord un cas où la guérison a été obtenue par l'hypnothérapie, suivi d'un autre pour lequel il aurait été particulièrement dangereux de l'employer. Ceci, bien que la deuxième malade ait été adressée par la première.

Il s'agit d'observations de malades suivies en ville par le docteur Bachet, rédigées par lui et qu'il nous a permis d'insérer dans cette thèse, en raison de leur grand intérêt.

Observation :

Un cas de traitement par l'association hypnose-chitamnée.

Mme G... se plaint de douleurs abdomino-pelviennes, de dyspareunie, de nausées et vomissements. Mais surtout une douleur du dos domine ; c'est pourquoi elle fut d'abord examinée par le professeur agrégé Padovani. L'anxiété est évidente, avec attitude

dépressive, écrasée. Rien ne manque au contexte : dépression très marquée d'aspect réactionnel.

Pendant trois mois, aucun résultat net, conversation psychothérapique, quelques essais de réflexothérapie locale, échouent après des traitements endocriniens succédant eux-mêmes à de nombreuses médications.

Mme G... est une jeune femme très timide, douce ; elle gère un fonds de commerce, son mari est entrepreneur ; il accompagne chaque fois son épouse, tout en n'assistant pas aux entretiens. Tout plaide en sa faveur : ouvrier très laborieux devenu entrepreneur, très dévoué envers son épouse, ni buveur ni léger. Il est de cinq à six ans plus âgé qu'elle.

Après trois mois d'un traitement inefficace, aucune cause de cette dépression évidente n'a pu être mise en lumière ; on se borne à la prescription de calmants, de quelques séries d'androgènes. On envisage alors d'éviter à ce jeune couple de tels voyages et de confier au confrère local un traitement purement symptomatique dans l'espoir qu'il sera au moins palliatif. On a alors l'impression suivante : malgré les difficultés de déplacement, le caractère décevant du résultat et l'attitude du médecin devenue peu encourageante devant l'échec, c'est la malade qui paraît tenir à ces visites, qui demande vivement un autre rendez-vous ; cette persévérance étonne.

On en a l'explication vers la fin du troisième mois (la malade est venue consulter 7 à 9 fois en tout). Mme G... nous rappelle que vers les premières séances, nous lui avons indiqué

que les malaises sexuels pouvaient avoir une importance : elle a nié tout problème. Nous réalisons alors qu'elle s'attendait à ce que nous insistions ; nous ne l'avons pas fait, ou pas suffisamment ; c'est donc elle qui prend l'initiative, mais plus tard.

Avant son mariage, elle eut deux aventures : la première avec X... commerçant du même lieu, de vingt ans son aîné (1), qui, dit-elle, la subjuguait aisément. Pour essayer de lui échapper, elle devint la maîtresse d'un jeune homme et aussitôt fut enceinte. Terrorisée et connaissant l'expérience étendue du sieur X..., elle lui demande de pratiquer un avortement. Ce qu'il fait, en lui indiquant que maintenant elle ne "pourra lui échapper". C'est aussi ce qui arrive, bien que le dégoût qu'elle ressent pour lui se soit accentué.

Elle se marie avec un homme qu'elle estime et affectionne, mais le mari est absent chaque jour. Elle vit dans l'angoisse de la visite du sieur X... qui ne manque pas de se produire, et ce dernier réalise son programme de débauché pervers. Elle est, dit-elle, complètement passive, incapable de résister, tant elle est dominée : "c'est comme si ce n'était pas moi." Mme G... nous donne l'impression d'une sincérité absolue. Son récit est bien confirmé par son aspect anxieux, timide, terrorisé, que nous lui avons toujours vu.

Nous pensons alors à employer l'hypnose. En effet, tout indique de la part du séducteur l'utilisation d'un effet

(1) Mme G... peut être considérée comme présentant une arriération affective, ce qui ne signifie pas arriération mentale.

inhibiteur. Ses procédés rappellent ceux des anciens hypnotiseurs de foires ; il paraît savoir habilement jouer de la résonance sexuelle des chocs qu'il provoque en "maître de l'érotologie". Mme G... dit qu'elle a l'impression d'être "comme envoûtée". Elle paraît suggestible non seulement au sens courant du terme, mais au sens médical. Enfin sa dépression cadre bien avec celle d'une angoisse pour résister, essayer de lutter.

Cependant, notre défiance envers toute manœuvre hypnotique dans ces cas n'est nullement atténuée. La maladie hypnotique peut laisser à distance des conséquences graves, dissociatrices, surtout lorsqu'un tel ébranlement affectif sexuel est en jeu.

La "domination" du sieur X... a déjà provoqué non pas un syndrome hallucinatoire, mais cependant d'authentiques et épisodiques hallucinations de la sensibilité et de l'odorat.

Nous pensons qu'un choc hypnotique agressif risque chez Mme G... d'avoir de graves conséquences. Mais d'autre part : il est évident que si Mme G... vient avec une telle fidélité, c'est qu'elle nous demande de l'aider à retrouver une liberté assurant une vie régulière conforme à ses sentiments.

Nous en sommes au stade du contact médecin-malade, extrêmement propice à ce que M. Baruk nomme la chitamnité. La confiance est totale. Elle a été dirigée vers le professeur agrégé Padovani parce qu'on pensait à une lésion vertébrale. Monsieur Padovani nous a confié ce traitement, sans rien lui cacher de notre spécialité ; nous avons jusque là échoué. Elle aurait eu plusieurs fois l'occasion, apparemment justifiée, de s'adresser ailleurs. Pas du

tout, elle ne cesse d'approuver la décision du professeur Padovani, elle a continué de venir parce qu'elle a compris que nous avions été tout près de découvrir la cause ; si elle ne nous a pas aidés avant, c'est par pudeur et timidité.

Traitement :

1° Début par psychothérapie : diminuer l'angoisse du sentiment de culpabilité, de honte. Mise en évidence des circonstances atténuantes, du trouble de la volonté. Explications sur le prétendu pouvoir du sieur X... Le fait qu'elle vient à Paris pour être guérie est une preuve de sa bonne foi.

2° Précisions quant au but à atteindre : éloge du mari d'ailleurs justifié (1). Nécessité d'une vie régulière. Espoir d'avoir des enfants. Evocation de perspectives d'avenir. Nécessité d'effacement des traces du passé.

Le traitement qui va suivre a donc un but qui doit être encore précisé. Amour exclusif pour son mari, présence unique de ce dernier dans sa vie et ses aspirations.

Cette phase a été exposée comme plan de campagne, insistant sur la nécessité d'un accord total et sans restriction.

3° Explication des procédés hypnotiques. Elimination de tout fluidisme. Mise en évidence, avec prise de conscience, de son propre caractère suggestible. Explication donnée en évoquant la littérature scientifique : l'hypnose dans la série animale.

(1) Il est certain que le résultat n'aurait pu être obtenu si nous avions fait à cette malade un tableau flatteur et faux d'un mari buveur, débauché ou brutal, etc.

Cet entretien fut assez long, ce n'est que lorsque nous avons eu le sentiment d'avoir persuadé la malade, d'avoir obtenu son adhésion totale et une compréhension suffisante, que les procédés hypnotiques eurent lieu. Encore précédés de répétition du but : sentiment de liberté, évocation du mari. Les formules employées étant : "avoir la liberté de faire ce que vous voulez, ce à quoi vous avez toujours aspiré en vous mariant."

4° Hypnothérapie à minima, par fixation oculaire, pas de suggestion parlée ; la malade en position couchée ; tendance cataleptique immédiate, suivie de quelques formules de relaxation musculaire. Une dizaine de minutes. N'a pas dormi, mais s'est sentie calme, avec tendance à l'assoupissement.

Revue 12 jours après : comportement et mimique transformés. Euphorie. Elle nous raconte comment elle a mis X... à la porte, en insistant sur les détails comiques. C'est la première fois que nous la voyons sourire. Gaîté manifeste à la description de l'ahurissement du bonhomme brusquement éconduit. Mais X... revient, cherche à l'intimider par ses regards, fait des allusions par paroles et par gestes au passé. La malade redemande une autre séance "pour avoir plus de volonté". Celle-ci est précédée de la même psychothérapie. Le mari est introduit. Nous évoquons ses occupations, ses travaux. Même manœuvre que la première fois en présence du mari.

Elle est revue après un mois : la guérison est complète ; enthousiasme des deux époux, aucun traitement. De tous les signes, c'est la douleur du dos qui a été la dernière à partir,

après quelques semaines de guérison complète. Elle persistait, bien qu'atténuée. (1)

Suivie par correspondance, puis par l'intermédiaire d'autres malades de la même région, car la guérison si rapide d'une dépression si manifeste avait surpris.

Un tel résultat ne saurait indiquer l'emploi de manoeuvres hypnotiques parmi ces cas. Il ne s'agit que d'une exception rarissime. La doctrine du service est qu'il vaut mieux considérer que l'hypnose est absolument contre indiquée chez ces malades dans l'immense majorité des cas, même avec la technique à minima employée ici, même en l'intégrant dans une psychothérapie de compréhension. A plus forte raison, l'obtention d'états plus profonds, plus dissociatifs.

Mme G... timide, suggestible, ayant peu d'instruction, pouvait passer à un examen rapide pour débile mentale. Il est remarquable d'évoquer l'observation suivante, qui semble bien indiquer le contraire. Mme Z... a été adressée par Mme G... (son cas est d'ailleurs très différent). Comme Mme G..., elle est déprimée, a une douleur du dos. Nous retons l'insistance de Mme G... pour que Mme Z... nous consulte ; ceci bien qu'elle ne la connaisse que superficiellement (relations d'affaires occasionnelles entre les deux maris). L'opportunité de ce jugement paraît indiquer que les malades peuvent comprendre, beaucoup

(1) Nous n'avions pas, à cette époque, l'expérience du traitement réflexothérapique par le mari. Il est vraisemblable que nous aurions associé cette thérapeutique.

et plus souvent qu'on le pense. La médecine totale tient compte des réactions physiologiques des sentiments et des passions, non seulement avec la confiance (chirurgie du docteur Baruk), mais connaît la personnalité du malade. A condition d'être discrète, opportune, très expérimentée dès qu'elle aborde ce domaine.

Observation :

Mme H... suivie depuis quatre ans (43 ans) consulte, au début, tous les quinze jours. Actuellement, tous les 3, 4 ou 6 semaines. Épouse d'un homme d'affaires, travailleur infatigable. Trois enfants. Passé gynécologique chargé : traitements multiples, les uns après accouchement, les autres en tous temps. Appendicectomie, ovariopexie, intervention pour kyste de l'ovaire, puis ovariectomie. Traitements endocrinariens compensateurs. Nombreux séjours hors du foyer : cures thermales, séjours en montagne, vacances de repos, etc. Périodes d'alitement, "malade" chronique depuis quinze ans ; aggravation de tous les troubles depuis six ans (évolution d'un enfant suivie d'hystérectomie).

Un tel comportement contraste avec les goûts et les aspirations de la malade. La longue durée de l'observation permet d'être affirmatif sur ce point. Personne scrupuleuse, droite, idéaliste, sentiments moraux sans calcul. Très vigilante pour tout ce qui concerne ses enfants et la santé de son époux ; contrairement à ce que semblent indiquer les nombreux séjours hors du foyer. Ils n'ont lieu que lorsqu'elle "n'en peut plus". Malgré l'asthénie dépressive intense, activité étonnante très importante, nullement affectée, mais effective, utile, désintéressée, coûteuse pour elle.

Nombreuses manifestations de dévouement dont nous avons été témoins. Les occupations paraissent d'ailleurs avoir joué un rôle thérapeutique favorable.

Le mari néglige son épouse pour ses affaires, est indifférent à ses tendances, sauf quand l'activité religieuse de son épouse lui facilite les contacts avec certaines familles. Ces calculs, dont elle se rend compte, aggravent son malaise ; de même les méthodes quelquefois employées "en affaires".

Nous ne grouperons ces notions que tardivement, étant donné la discrétion de la malade. Aucune aventure, grand dévouement pour son mari.

Ce dernier nous consulte une fois : scepticisme, et pour les troubles de son épouse, et pour la médecine en général. Il laisse clairement entendre qu'il considère les traitements, la chirurgie, le thermalisme, etc. d'une façon matérialiste, s'y soumettant en ce qui concerne son épouse avec l'indulgence d'un homme d'affaires envers des conceptions de la médecine qu'il paraît estimer identiques aux siennes. Il n'a jamais consulté, malgré des troubles du rythme cardiaque, si nombreux et évidents que nous l'adressons à un cardiologue. Il s'y rendra, suivra les indications du spécialiste, mais ne paraissant leur attacher qu'une importance des plus dérisoires.

Mme Z... a présenté la quasi totalité des troubles évoqués : dépression neurasthénique, névrose cardiaque, douleur du dos, douleurs abdominales, etc. Les troubles gynécologiques depuis l'hystérectomie se réduisent à une dyspareunie pénible. Elle

paraît due à une cause psychologique, par la faute du mari : dédain, indifférence, absence de réponse, depuis toujours, à un certain nombre d'aspirations de son épouse, les unes affectives, les autres morales.

Traitement endocrinien difficile à équilibrer. Il paraît cependant nécessaire par intervalles, mais chaque hormone a, en même temps, ses inconvénients (oestrogènes : excitateurs ; anxiété et dépression aggravées. Androgènes : début d'hyperpilosité. Anté-hypophyse : sans inconvénient, apparaît moins efficace).

Un traitement symptomatique ou pathogénique est institué en raison de la grande netteté des points préartériels abdominaux. La réflexothérapie locale les fait disparaître . Elle n'est utilisée qu'avec une grande prudence ; il n'a pas été possible d'obtenir l'aide du mari.

On complète par de nombreuses séances de relaxation musculaire, de détente, jusqu'à la somnolence, le ralentissement du courant de la pensée. L'effet est extrêmement net et favorable. La malade ressent avec euphorie un repos émotif durable. Réagit ensuite normalement aux excitations extérieures : bruits, soucis, problèmes de la vie quotidienne.

Aucune manoeuvre hypnotique (pas d'hypno-détente type Kretschmer). La relaxation musculaire, l'engourdissement, le repos psychique dirigé, peuvent dans certains cas et à l'insu du médecin, ébaucher une inhibition hypnotique. Nous nous méfions ici de ce facteur car nous ignorons comment Mme Z... a compris

le traitement de Mme G... Mme Z... ne présente aucun déficit intellectuel mais son désordre émotif et affectif, sa perpétuelle recherche des refuges, les conflits intérieurs entre phénomènes sexuels et les tendances idéalistes conscientes parfois un peu exaltées, paraissent favorables à la production de phénomènes hallucinatoires dissociatifs. Puis survient un événement heureux, très vivement désiré par elle : fiançailles de sa fille aînée à un jeune homme qu'elle estime beaucoup, et aussi sans doute sentiment d'avoir dirigé sa fille vers une vie affective différente de la sienne. Prévision d'une bonne organisation familiale, collaboration du futur gendre avec son mari. Au cours d'une prière, Mme Z... entend sa propre pensée. Elle croit reconnaître dans ses projets d'avenir une directive céleste parlée. Pas la moindre ébauche de psychose, mais une perplexité quant à la nature de ce phénomène unique. Cet exemple montre combien, pour d'autres malades, peut être dissociative l'action des magnétiseurs.

Actuellement, depuis le début du traitement, aucun séjour hors du cadre familial : vie familiale unie, participation active à un changement de situation, résolution de nombreuses préoccupations. Pas de guérison totale, mais grosse atténuation de tous les signes. Le malaise affectif n'a pas disparu, mais est amélioré et toléré. Les traitements sont espacés : tous les 4 ou 6 mois. L'attitude du mari se modifie, incomplètement mais nettement : influence de la fille, certaine des projets de mariage ; influence probable du contact, même réduit, du mari avec nous.

Au début, l'impression générale était celle d'un état s'aggravant progressivement, les conséquences familiales et sociales en étaient importantes. Le pronostic psychiatrique est réservé, tout au moins dans un avenir lointain. Nous craignons une défaillance, correspondant à l'âge de la post-ménopause. La psychose apparaissant comme une véritable "asystolie psychique" comme si l'évolution provoquait une moindre résistance, soit réalisant une forme de mélancolie dite d'involution, soit une psychose hallucinatoire.

Actuellement, l'atténuation décrite, la réadaptation familiale permettent d'espérer beaucoup mieux : des phases de rémission complètes, un adoucissement du malaise, une action lente et indirecte favorable sur l'époux est probable.

Le rôle du traitement apparaît important : rôle physiologique de la relaxation, association indéniable avec une satisfaction psychologique manquant à la malade. Problèmes familiaux confiés au médecin spontanément : nous avons examiné une fois chacun des membres de la famille : mari, fille, les deux fils, puis le futur gendre et la mère de ce dernier. Ces consultations pour des troubles peu graves, sauf pour le mari, ne correspondaient pas à un trouble du jugement de Mme Z... Elles étaient justifiées (constitution anxieuse familiale avec petites manifestations lors de la croissance). On ne saurait évoquer un phénomène dit de transfert, sauf par extension artificielle et systématique. Il a fallu cependant éviter d'entrer en résonance avec un début d'exaltation au thème altruiste.

L'hypnose doit, en règle, être formellement proscrite chez ces malades.

Le cas du succès obtenu chez une malade, pratiquement unique, montre avec quelles précautions le traitement peut exceptionnellement être institué.

Un état hypnotique est une psychose expérimentale, sans doute passager et réversible, mais pas dans tous les cas. Provoqué par une inhibition d'ordre émotif, amenant un trouble dans la personnalité, si elle prétend intervenir sur des phénomènes en rapport avec la sphère instinctive ou affective, elle ne peut manquer de provoquer un choc, dont il est difficile de prévoir les conséquences. Seule une connaissance extrêmement approfondie de la malade, l'organisation minutieuse du traitement, l'association et l'intégration de l'hypnose à la psychothérapie paraissent évoquer quelques exceptions. L'observation de Mme G... montre combien ces conditions sont rarement réalisées.

La clinique psychiatrique (Seglas) a montré l'origine de délires d'influence ; l'engourdissement des états hypnotiques est une catalepsie (H. Baruk), les leçons de Pavlov confirment, par des données physiologiques, ce caractère de maladie expérimentale.

Un élément "d'influence" doit être évité dans les thérapeutiques de relaxation, de détente et même de réflexothérapie.

La défiance envers la thérapeutique hypnotique doit être ici particulièrement forte, non seulement parce que ces consultantes de gynécologie paraissent d'autant plus fragiles que

leurs troubles sont en liaison avec la sphère génitale, donc sexuelle, mais aussi parce que l'état dépressif favorise la dissociation, dont il peut être le premier stade, parce que la clinique montre le passage fréquent à la maladie mentale ; nos exemples l'ont montré en ce qui concerne les dépressions graves et les névroses obsessionnelles graves, mais parmi nos malades, on saisissait aussi le passage à des psychoses plus graves ou les menaces de ce passage.

Observations:

Quatre cas de psychose furent observés sur 100 malades :
Mlle C... 33 ans, consulte pour dysménorrhée. Apparition de manifestations éroto-maniaques en période prémenstruelle, qui évoque certains cas de psychose hyperfolliculinique.

Mme F... : douleurs pelviennes, douleurs du dos. Paraît une poly-algique banale. On découvre des interprétations délirantes multiples, ayant d'ailleurs la même cause que les troubles qui les ont précédées.

Mme M... 30 ans : dysménorrhée, dyspareunie, cystalgie. Crises d'énervement, spasmes du sanglot. Délire de persécution systématisé contre son premier mari qui l'aurait "droguée" : rapports de police, etc. Cette malade a complètement guéri par réflexothérapie du second mari. Le délire étant soit guéri, soit inactif en sommeil.

Mme M. L... 25 ans. La cancérophobie banale et fréquente est devenue un délire hypocondriaque, systématisé, imperméable, permanent (grosse amélioration par réflexothérapie et

ganglioplégiques).

Mais beaucoup plus fréquents sont les cas où l'anxiété devient une véritable hallucination de la sensibilité ou une cénesthopathie. Fréquentes sont les cas où les phénomènes de "libido hallucinée" décrits par les psychanalystes sont une réalité clinique authentique. Il s'agit d'ailleurs exceptionnellement d'hallucination auditive mais de cénesthopathies. Ils existent également dans certains cas pour lesquels intervient un élément de remords : regret de certaines aventures, même anciennes, choc de certaines paraphobies, fétichismes, etc.

Dans beaucoup de ces cas, qu'on ne saurait assimiler au délire, on suit l'évolution de ces troubles, qui est rigoureusement identique à celle des délires.

Nombre de ces malades sont donc d'une grande fragilité, une dissociation peut donc avoir les conséquences les plus graves. Surtout, elles se trouvent exposées souvent aux tentations de consulter "un magnétiseur" (grand nombre de ces derniers, nombreux articles de presse).

Les causes sont aisées à comprendre : les troubles fonctionnels résistent la plupart du temps aux thérapeutiques habituelles. Plusieurs médecins ont été consultés avec des succès partiels, incomplets, les malades, bien que doutant, étaient de bonne foi ; elles "ne risquaient rien", estimaient-elles.

Inhiber, plus ou moins, quelqu'un, ne nécessite aucune connaissance particulière : il suffit d'avoir beaucoup d'assurance et de savoir organiser une ambiance. Par contre, utiliser

l'inhibition hypnotique pour un but véritablement thérapeutique, nécessite une expérience médico-psychologique extrêmement étendue.

Il n'est pas douteux que les phénomènes de choc inhibiteur hypnotique peuvent provoquer souvent la cédation des troubles fonctionnels, régulariser même une ou plusieurs périodes menstruelles, ou à l'inverse produire une aménorrhée émotive. Or, parmi les malades atteintes de syndromes hallucinatoires, auditifs ou oniriques et auditifs, presque toutes sont des femmes. Toutes ont eu des troubles gynécologiques assez souvent soignés médicalement, quelquefois opérées. Quatre sur cinq au moins (docteur Bachet) ont été traitées par des magnétiseurs ; elles ont senti le fluide ou subi des réactions "bizarres", provoquant d'ailleurs presque toujours la guérison du symptôme fonctionnel pour lequel elles consultaient.

Les échecs des traitements médicaux ou chirurgicaux dans ce domaine sont fréquents, les diagnostics péjoratifs et décourageant la malade non exceptionnels. Ainsi sont-elles amenées à fournir au magnétiseur une part de recrutement très importante, des succès chez des malades "abandonnées par les médecins", un certain nombre de propagandistes parfois passionnées.

Cependant, le mode d'action de ces résultats particulièrement mystérieux, est dû à une inhibition de type hypnotique. Son application ne tient aucun compte des problèmes émotifs, affectifs, sexuels, dépressifs, que dissimule le trouble fonctionnel évoqué. La maladie expérimentale rencontre le meilleur

des terrains pour y laisser une séquelle grave. De Clérambault a montré comment ces clientèles étaient composées de malades présentant un automatisme mental déjà ébauché. Elles venaient y rechercher l'explication des phénomènes ressentis. Pour ces cas, il s'agit d'aggravation de l'état mental. On peut se demander si certaines actions d'ambiances hypnotiques des magnétiseurs ne créent pas un état dissociatif hallucinatoire, chez des malades ressemblant à beaucoup des nôtres. Il ne s'agit que d'un état dépressif réactionnel, avec des dysfonctionnements viscéraux divers, mais il est suffisant pour permettre au choc du magnétiseur de laisser une trace souvent indélébile.

Nous nous proposons de revenir sur ce problème intéressant non seulement la psychiâtrie, mais toutes les spécialités de la médecine et particulièrement la clinique gynécologique ; ceci en rapportant des observations assez nombreuses et présentant certaines identités frappantes.

CONCLUSIONS

1° DIVISION ET SYMPTOMATOLOGIE :

Au Centre Médico-Chirurgical Foch, nous avons institué une consultation spéciale pour les malades de gynécologie se plaignant de troubles fonctionnels d'ordre neuro-psychiatrique, depuis les simples algies jusqu'aux troubles corticaux.

Ces malades se divisent en deux groupes :

a) Le trouble fonctionnel est isolé ou dominant, sans dépression psychique ; tels sont les cas de dysménorrhées ou d'algies pelviennes.

b) Derrière la symptomatologie gynécologique, objet de la consultation, se cachent des troubles psychiques. Seul un interrogatoire plus approfondi permet de découvrir les multiples manifestations vaso-motrices, réflexes, polyviscérales ou psychiques de ces états.

Nous insistons sur l'intérêt de leur mise en évidence à ce stade, avant qu'ils n'évoluent vers la constitution d'un syndrome psychiatrique.

2° EXAMENS :

En raison du caractère spécial de cette consultation, l'examen de la malade pose un problème particulier : celui de l'interrogatoire. Il doit être prudent, patiemment conduit, il importe de ménager la personnalité de la consultante si l'on veut recueillir le maximum de bénéfices du contact médecin-malade.

3° INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

De notre division initiale, découlent les indications

thérapeutiques. Aux troubles fonctionnels isolés répond la réflexothérapie locale sur la zone cutanée de projection douloureuse des gros vaisseaux abdominaux : aorte et iliaque primitives.

Aux troubles gynéco-psychiatriques s'oppose une thérapeutique variable avec chaque cas particulier, associant la psychothérapie aux réflexothérapies diverses.

Les traitements font donc tous intervenir les réactions du système nerveux mais suivant chaque cas, s'adressant à des étages différents.

4° RESULTATS :

Dans la première catégorie, les succès sont particulièrement démonstratifs, là où toutes les autres thérapeutiques avaient échoué.

Dans la seconde les résultats sont plus nuancés. Lorsqu'il peut être étiologique, le traitement peut cependant amener une amélioration des troubles fonctionnels, voire une guérison.

Cette étude est récente. Elle prouve que l'orientation de la gynécologie fonctionnelle peut être révisée. C'est ce que nous avons essayé de réaliser au Centre Médico-Chirurgical Foch, grâce à une collaboration plus étroite entre les consultations de gynécologie et de psychiatrie.

Vu le Doyen :

BINET

Vu le Président :

P. LANTUEJOUL

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris :

J. SARRAILH

B I B L I O G R A P H I E

Etant donné l'ampleur du sujet et les multiples problèmes qui en découlent, notre bibliographie est forcément très incomplète.

Nous nous sommes efforcés, en psychiatrie, de grouper, chronologiquement, les publications, nous attachant surtout aux sources historiques de ce travail.

GYNECOLOGIE

- XXVIIème Congrès français de Gynécologie . Biarritz 1949 -
7-10 juin (1 vol. 174 p. Paris 1949 Exp. Scient. Française Edit.)

- ALLEN E. B. et HENRY V.W - Les relations de la menstruation avec les troubles affectifs - Am. J. Psychiat., 1933, 13, 239-276.

- ALTMANN M. KNÖWLES E. et BULL H.D. - Etude psycho-somatique du cycle sexuel chez la femme. - Psycho-som. Méd.juil.1941, 3, N°3, 199-225.

AMELINE A. et BOITTELLE G. - Les rapports psycho-somatiques en gynécologie. (Rapport au Congrès Ass; Gyn. Obst. langue Franç. Paris, 28.29.30 sept. 1950) - Bull. Ass. Gyn. Obst.1950, 2, N°2 bis, 128.151; discussions : 2,n°4 bis 181.198.

- AZAM de la folie sympathique provoquée ou entretenue par les lésions organiques de l'utérus et de ses annexes. Bordeaux 1853.

- BALINT M. Contribution à la psychologie de la menstruation - Psycho-anal. Quart., juil. 1937, 6, N°3, 346.352.

- BARRE J. Exaltation pathologique du besoin sexuel chez la femme Ses relations avec la psychopathie. - Th. Paris 1942. Foulon.

- BARUK H. Les psychoses post-opératoires (Précis de psychiatrie p.467) Paris 1950 - Masson. - Psychoses et troubles gynécologiques - p.435 (Précis psy.).

- BENEDEK T. - Les fonctions de l'appareil sexuel et leurs troubles In "Médecine psycho-somatique" de F. ALEXANDER, Norton, édit. New-York, 1950- Trad. franç. : Payot, édit. Paris 1952.

- BENEDEK T. - Les fonctions sexuelles de la femme. - Ronald, édit. New-York 1952.

- BENEDEK T. et RUBENSTEIN B.B. - Les corrélations entre l'activité ovarienne et les processus psychodynamiques; la phase ovulaire - Psycho-som. Méd., av. 1939, 1, 245-270.

- BENEDEK T. et RUBENSTEIN B.B. - Le cycle sexuel de la femme - In "Monographies de Médecine psycho-somatique", National Research Council, édit. Washington, 1942, 3.

- BERTHLING M. H. - Quelques aspects psychiques de la dysménorrhée et des nausées et vomissements de la grossesse. - Am. J. Obst. Gyn., oct. 1948, 56, n°4, 733-737.

BIRKNER R et TRAUTMANN J. - Les rapports entre les fonctions psychiques, hypniques et génitales - Strahlentherapie 1953 91 n°3 321-350.

- BLAICKLEY J.B. - Ménorragie émotionnelle. - Lancet, 15 oct. 1949, 2, 691-694.

- BONAPARTE M. - De la sexualité de la femme - Presses univ. France, Paris 1952.

- BOURRAT et COCHE - Les douleurs obsédantes en gynécologie. An. Med. Psy. 1936 II 23 -

- CHADWICK M. - Angoisse de la menstruation - Zschr. Psychoanal. Pädag., 1931, 5, 184.

- CHADWICK M. - Effets psychologiques de la menstruation - Nerv. a. met. Dis. Monogr. n°56. Nerv. a. ment. Dis. Publ. C° édit., New-York, 1932, 70 pages.

- CHARPENTIER R. - Le pseudo-délire symbolique de négation Le "roman médico psychologique" - "A propos des ravagées" de M. P. AUDIAT. An. me. Psy. 1948 I -

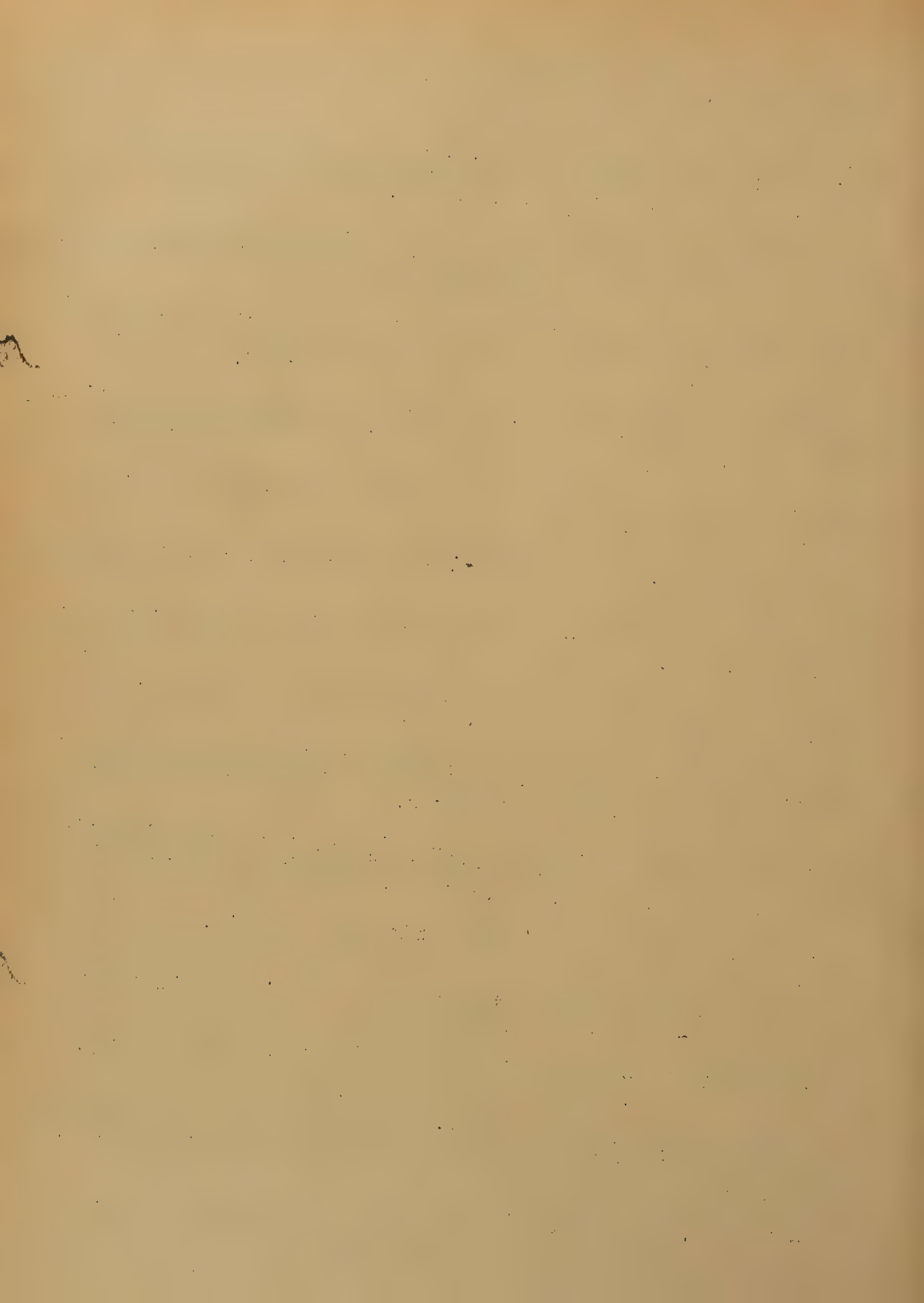
- CHVANG LI - Romin II - Modifications de l'E.E.G dans la dysménorrhée.

- COTTE - Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme - Masson, édit., Paris 1949.

- COURBAN P. - Chirurgie et psychiatrie - An. Méd. Psy. 1926 - I' II3.

- CREENY C.D. - Quelques aspects psychiatriques des symptômes des affections génito-urinaires - J. of. Urol. Oct. 1954, 72, n°4 742-747.

- DALY C.D. - Le complexe menstruel - Imago, 1928, 14.



- DEUTSCH H. - La psychologie des femmes - Grune et Stratton, édit., New-York, 1945 - Trad. Franç : Presses Univ. France, édit. Paris, 1949, 2,327 pages et 418 pages.
- DOLERIS - Opérations sur l'appareil génital de la femme - Psychoses systématisées consécutives. An. Méd.Psy. 1300 II - 456
- DUNBAR F. - Emotions et changements physiques - Columbia univ. Press., New-York, 1946.
- DUHAZE - Etude des prescriptions religieuses et des coutumes concernant la femme pendant la menstruation - Thèse Paris, 1922.
- EISSLER M.J. - Sur les phénomènes hystériques utérins - Int. Zschr.Psycho-anal., 1923, 9, et Int.J.Psycho-anal., 1923,4.
- FABRE - Métrorragies et émotions - Th.Paris 1921 -
- FREMONT-SMITH M. et MEIGS J.V. - Dysfonction.menstruelle d'origine émotionnelle - Am.j.Obst.Gyn.juin 1948, 55 n°6, 1037-1043.
- FREUD S. - Trois essais sur la théorie de la sexualité (trad. franç.) - N.R.F édit.Paris 1923.
- FREUD S. - La féminité - In "Nouvelles conférences sur la psycho-analyse"(trad.franç.) N.R.F. édit.Paris, 1936,153-185.
- FUERSTNER P.G. - Quelques aspects neurophysiologiques du cycle menstruel et de ses troubles - J. Nerv.Ment.Dis.mai 1944,99 - 588-594.
- GERSTLE Ml. Le correspondant psychiatre : son rôle en gynécologie - Bull. New-York - Acad.méd.mars1953,29,n°3 - 249-258
- GILL M.M. - Troubles fonctionnels de la menstruation - Bull. Menninger. Clin. janv. 1943, 7,6,14.
- GOSSET et MARTY - Les problèmes psychosomatiques en chirurgie (1948).
- GOSSET ET MARTY - Problèmes psychosomatiques en chirurgie digestive (1949)
- HELD R. - Le cercle vicieux psycho-somatique dans la pathologie du cycle hormonal féminin - Evol.psychiat., 1953, N°3, 415-442.
- HEYER. G. R. - Troubles fonctionnels psychogènes du tractus reproducteur. - In "Psychogenèse et psychothérapie des symptômes corporels" de O. SCHWARTZ, Springer, édit. Vienne, 1925,229-257.
- ↳ HORNEY K - La dépression prémenstruelle - Szchr.Psychoanal. Pädag.1931, 5, 161.
- HORNEY K - Facteurs psychogènes dans les troubles fonctionnels de la femme - Am. J. Obst.Gyn., 1933,25,694.

- HUNTER W.E. et ROLF B.B. - Aspects psychosomatiques de la dysménorrhée - Am. J; Obst. Gyn. janv. 1947, 53, 123 31.
- KAMBOURAKIS J.G. - Le facteur neuro-psychique dans le cycle génital de la femme Rev. franç. Gyn. Obst. Sept. Oct. 1953, 48, n° 9 10, 284-288.
- KEHRER E. - Sur la psycho-gynécologie - Deutsche med. Wschr. 20 janv. 1950, 75, 110 113.
- KNIGHT R.P. - Troubles fonctionnels de la vie sexuelle féminine la frigidité et les troubles connexes. Bull. Menninger Clin. Janv. 1943, 7, 25-35.
- KOSMAK G.W. - Aspects psycho-somatiques de la gynécologie et de l'obstétrique. New-York State J. Med. 1er nov. 1945, 45, 2298-2304.
- KROGER W.S. ET FREED S.C. Le traitement psycho-somatique de la dysménorrhée fonctionnelle par l'hypnose ; rapport préliminaire. Am J Obst Gyn fév 1943 - 46 - 817-822
- LANGER M. Quelques aperçus sur la psychologie de la menstruation. Revista Psico anal, oct 1944, 2 211-232 ; et in "Pathologie psycho somatique", nova, édit, Buenos Aires, 1948, 431-454
- LAYANI ET NETTER Troubles génitaux et affections viscérales EMC Gyn I 171
- LEMBERT Marie-Louise - Considérations sur les rapports entre certains états gynécologiques et les états mentaux, Th Lyon 1909.
- LINGJAERDE P. ET BREDLAND R. Psychose cyclique hyperoestrogénique - Acta psy neurol scand 1954 29 n° 4 355-364.
- MACOMBER La vie émotionnelle des femmes en relation avec la pratique gynécologique. Am J obst gyn 1927 732
- MARGOLIES Troubles psychiques consécutifs aux opérations sur l'appareil génital de la femme An Med Psy 1889 II 152
- MAYER A. Les troubles psychogènes des fonctions sexuelles féminines - In Schwartz O : "Psychogénèse et psychothérapie du symptôme corporel". Springer, édit, Vienne, 1925, 295-344
- MAYER A. Sur les troubles menstruels d'origine psychique - Wien med Wschr 1er juil 1950 100 443-446
- MAYER A. La gynécologie de l'individu (opposée à la gynécologie des organes) Personlichk Gynek 1950 supplément 132 1-30

- MAYER M. ET MORALI DANINOS A. La discipline psycho-somatique en gynécologie et en obstétrique Sem Hop Paris, 14 mars 1953, 29 n° 18 899-910
- MENNINGER K.A. Les facteursémotionnels dans les états gynécologiques organiques Bull Menninger clin janv 1943 7 47-55
- MILLER W.R. Les facteurs psychologiques dans la douleur pelvienne J.A.M.A. 12 juil 1947, 134, n° 11, 938-941
- MOREL Traité des maladies mentales 1860 (p 182)
- MURIEL KEYES Affections gynécologiques et troubles mentaux An Med Psy 1937 I 95
- NAJERA Considérations cliniques sur la gynéco psychosomatique Pratica med déc 1953 1 n° 12 10-16
- NETTER Gynécologie Flammarion 1949
- NOVAK E. La psychogénèse de la colique menstruelle Zschr Gebh Gyn 1929 96 239
- NOVAK E. Cause de la dysménorrhée primaire J.A.M.A. 1932 99 1466
- Obstétrique et gynécologie (cahiers de med soviet) n° 1 1953
- PUDER H. Remarques critiques sur la psychosomatique en gynécologie Zbl gyn 1954 76 n° 16 609-613
- RECAMIER P.C. Maladies des fonctions reproductrices de la femme E.M.G. Psy 1955 37 490
- REES L. Aspects psycho somatiques du syndrome de tension prémenstruelle J ment sc, 1953 99 62-73
- J. ROUART A propos de la psychopathologie de la puberté et de l'adolescence EV psy 1947
- ROBERTSON E.M. Les effets du stress émotionnel sur les contractions de l'utérus humain ; rapport préliminaire. J Obst Gyn Brit Emp août 1939 46 741-747
- ROGERS F.S. Facteurs émotionnels en gynécologie Am J Obst Gyn fév 1950, 59 321 327
- ROSENZWEIG S. La psychologie du cyclemenstruel J Clin Endocrin mai 1943 3 296-300
- SALERNO E.V. La libido et sa pathologie somatique génitale Prensa med argent 26 nov 1954 41 n° 48 3443-3448

- SALERNO E.V. Pathogénèse psychosomatique de la congestion pelvienne In "Pathologie psychosomatique" d'A. Rascovsky, Nova édit Buenos Aires, 1948, 509-524
- SALMON U. J. ET GEIST S. H. Effets des androgènes sur la libido féminine J Clin Endocrin av 1943 3 235-238
- SANCHEZ LOPEZ Dysménorrhée EMC Gyn I 161
- SCANDAR M. Les aspects psychosomatiques de la gynécologie obstétrique An med Psy 1950 II 686
- SCHAETZING E. Les possibilités psychothérapeutiques en gynécologie Berlin med Zschr 15 janv 1950 1 132-137
- SCHAETZING E. Points de vue psychosomatiques en gynécologie Med Klin 5 nov 1954 49 n° 45 1799-1802
- SCHAETZING E. Psychologie et gynécologie Geburtsh Fraeenn oct 1954 14 n° 10 898 911
- SILBERMAN P. Contribution à la psychologie de la menstruation Int J Psycho anal 1950 31 258 267
- SNAITH L. ET RIDLEY B. Psychiatrie gynécologique, rapport préliminaire sur la clinique expérimentale Brit Med J 28 août 1948 2 418 421
- STEKEL W. Les états d'angoisse nerveux et leurs traitements Payot 1930
- STEKEL W. La femme frigide Gallimard 1937
- TOULOUSE Les causes de la folie 1896
- VIGNES H. Quelques faits concernant la douleur viscérale (utérine) J Psychol 1950 367
- WAGNER H. La dysménorrhée, problème psychosomatique Zschr Gebh Gyn 1951 135 12-27 (bibliogr)
- WALLET L'hyperfolliculinie Masson 1946
- WEINGRAF P. Aspects psychodynamiques et thérapeutiques de la dysménorrhée fonctionnelle Am J Obst Gyn 1944 43 475 488
- WILKENING W. Possibilités et limites de la médecine psychosomatique en gynécologie Munch Med Weschr 29 fév 1952 94 405-410

REFLEXOTHERAPIE

- A. LEPRINCE Traité de réflexothérapie Paris Maloine édit 1924
- BERLIOZ Mémoire sur l'acupuncture Arch gén de médecine, 1819
- Arch gén de médecine 1825 T.I. Notes sur l'acupuncture, p. 140
143 149 231 305 308 309 387 464 469 562
- SARLANDIERES Mémoire sur l'électropuncture Arch gén de médecine
1825 t III p 143
- N. AGADJANIAN Considérations d'un praticien sur l'acupuncture
Journal de médecine de Paris, janvier 1953
- P. BONNIER Défense organique et centres nerveux Flammarion
1914
- F. HECKEL La névrose d'angoisse et les états d'émotivité
anxieuse Paris Masson édit 1917
- P. GUIRAUD Psychiatrie générale Paris, Le François édit 1950
- ROUSSY ET MOSINGER Quelques données récentes fournies par
l'étude histophysiologique du système neuro-végétatif Presse
Médicale, 20 mars 1937
- G. TARDIEU ET C. TARDIEU Le système neuro-végétatif Paris
Masson édit 1948
- R. LERICHE Chirurgie de la douleur 3e édition, Paris
- M. BACHET ET P. MARCHAIS Les formes psychiques de la maladie
orthostatique Gazette médicale de France, n° 5 premier numéro
de mars 1953
- M. BACHET Succès d'une thérapeutique cutanée au cours d'états
d'anxiétés graves paraissant secondaires à des phénomènes péri-
phériques de type cénesthopathique Méd psy n° 1 juin 1951
- M. BACHET Présentation de malades subissant un syndrome cènes-
thopathique ou de phénomènes fonctionnels avec dépression, gué-
ris ou très améliorés par la seule thérapeutique cutanée Ann
Méd psych n° 2 juil 1951
- P. PADOVANI P. MARCHAIS ET M. BACHET De divers aspects des
coccygodynies et sacrodynies basses. Action des méthodes réflexo-
thérapiques. Semaine des hopitaux (sous presse)

- E. HALPHEN ET R. MADURO Coryza spasmodique. Glandes endocrines et système neuro-végétatif. Société française d'O.R.L. Congrès 1946 Paris Arnette, 1946
- P. MARCHAIS Les méthodes réflexothérapiques en médecine psychosomatique Gazette médicale de France n° 14 2e numéro de juil 1953
- MASUGER Christiane Résultats d'une thérapeutique cutanée pratiquée dans un service de médecine psychosomatique Paris Thèse méd Paris 1953
- M. BACHET ET P. MARCHAIS Nouvelles considérations concernant les effets thérapeutiques de l'épuisement des réactions réflexes aux prises de sang Ann méd psych n° 5 mai 1954
- M. BACHET ET P. MARCHAIS Présentation d'un cas de syndrome anxieux phobique, guéri par l'épuisement des réactions réflexes aux prises de sang Ann méd Psych n° 3 oct 54
- A. BLANCHARD P. MARCHAIS M. BACHET Modifications tensionnelles rétiniennes au cours de réflexothérapies A paraître Ann méd psy juil 55
- Citons en outre la réflexothérapie nasale et ses multiples applications, P. Fleury et P.A. BOURSON Gaz Méd de France, mai 1955 (cf bibliographie)
- Nous ne pouvons qu'évoquer les nombreux travaux concernant l'histaminothérapie locale, l'acupuncture.
- B. MALAPERT Revue de pathologie générale et comparée. Premiers résultats de l'acupuncture appliquée à la médecine vétérinaire Intéressantes hypothèses concernant les modalités d'action réflexe, les indications vaso-motrices, algiques ou même organiques. Témoignage des professeurs Robin, Marcenac, Simonnet (février 1953 53e année n° 645)
- VIIIe Congrès international d'Acupuhcture "Les psychopathies et l'acupuncture" Paris mai 1955
- On peut rapprocher des réflexothérapies l'utilisation des venins : venin d'abeille (travaux J. LHERMITTE ET V. MASCOVIC Rev Neurol TCS N° I Janv 1936
venin de cobra (Laignel Lavastine 1936)
- Obsv de H. BARUK ET R. MATHON : Ann méd psych 1938 I 339

REFLEXES CONDITIONNELS

- IVANOFF SMOLENSKY Etudes des réflexes conditionnels chez les enfants et les aliénés (Ann méd psych 1927 II 140)
- TINEL ET MICHON Etude d'un cas d'hystérie encéphale 1928 n° 10
- IVANOFF SMOLENSKY : IIe Congrès de psychoneurologie de Lénin-grad 1924
- TINEL Les réflexes conditionnels dans les états névropathiques Encéphale 1930 n° 1
- M. DE FLEURY Une observation clinique de réflexe conditionnel Encéphale 1930 n° 5
- DELMAS Les réflexes conditionnels en psychiatrie Encéphale 1930 n° 5
- ISCHLOUDSKY Neuropsyché und Hivurinde 2 vol Berlin 1931
- MARINESCO ET A. KREINDLER Des réflexes conditionnels (Alcan 1935) p. 125 rapports entre la constitution psychosomatique et les réflexes conditionnels. Conception de l'hystérie - instinct et réflexes conditionnels. P. 134 Conception des phobies et des obsessions.
- H. EY Système nerveux et troubles nerveux. Conférence faite à l'évolution psychiatrique déc 1945
- DUBLINEAU ET S. FOLLIN Réflexes conditionnels chez un schizophrène Ann méd psy 1946 II 370
- H. BARUK Les troubles psycho moteurs : introduction à l'étude des troubles psychosomatiques ; évolution psychiatrique 1947 fasc I
- G. PARCHEMINEY Psychanalyse et réflexes conditionnels. Evolution psychiatrique 1947 fasc I
- J. BUFLO Bases expérimentales du comportement névrotique de W. Horsley Gant (Evol psy 1947) concernant l'ouvrage de W. GANT publié en 1944 sous les auspices de l'American Society for Research in psychosomatic
- P. COSSA Problème du réflexe en psychique. Présentation du système nerveux Desclau de Brown 1948
- ISCHLOUDSKY Congrès de psychiatrie 1950

- Travaux soviétiques au congrès international de psychologie de Montréal 1933 La Raison n° 7
- I. P. PAVLOV Le problème du sommeil (conf 1935) Cahiers de méd soviétique déc 1953
- I.P. PAVLOV Leçons sur le travail des hémisphères cérébraux Cah méd sov 1954 leç VII et VIII
- KOSTYLEFF La réflexothérapie et les essais d'une psychologie structurale
- DELAUCHAUX ET NIESTLE (Neuchâtel et Paris) Références des ouvrages précédents du même auteur, des travaux de Betcherew
- J. WORTIS La psychiatrie soviétique P.U.F. 1953

RAPPORTS DU PHYSIQUE ET DU MORAL

NEURASTHENIE - HYPOCONDRIE

- Le caractère de notre travail surprend moins lorsqu'on le confronte, dans le temps, avec l'histoire des conceptions médicales. L'abondance est telle que nous ne pouvons qu'évoquer :
- R. SEMELAIGNE Les pionniers de la psychiatrie française avant et après Pinel (Baillière 1930).
- SOUQUES : Ouvrages historiques : d'Hérophile à Gallien (1937) Mahomet et la thérapeutique (1941)
- PINEL Nosographie philosophique
- CABANIS Degré de certitude de la médecine. Coup d'oeil sur les révolutions et sur la réforme de la médecine (An XII 1804)
- De l'influence des affections de l'âme dans la maladie nerveuse des femmes par le commandant Beauchêne, ancien médecin de l'hospice militaire du Gros Caillou (An VII)
- TISSOT (professeur anglais de la fin du XVIIIe siècle : à distinguer du médecin philosophe français J. TISSOT). Oeuvres choisies concernant l'onanisme (précurseur lointain du rapport Kinsey). Importante bibliographie, en particulier concernant "l'onania" britannique (Edit française de J. N. HALLA 1825)
- Société libre des sciences physiques et médicales de Liège ; concours sur le sujet suivant : influence des passions sur la production des maladies ; publication des mémoires (1809)

- LE CONUS (An) Medecine de l'esprit
- ZIMMERMANN A Traité de l'expérience en général et en particulier dans l'art de guérir. Trad de d'Allm Paris 1774
- TISSOT Maladies des nerfs Paris 1778
- BERTHIER Considérations physiologiques et médicales sur le plaisir Paris 1821
- GEORGET Physiologie du syst nerveux (1821)
- J.P. FALRET PERE Dusuicide et de l'hypocondrie (1822)
- ALIBERT J.L. Physiologie des passions Paris 1825
- DUBOIS (d'Amiens) Histoire philosophique de l'hypocondrie et de l'hystérie (1833)
- ESQUIROL Etat psychique d'une femme hypocondriaque (Ann d'hyg publ et méd lég 1836 T XVI)
- HIPPOCRATE Oeuvres complètes Trad par E Littré Paris 1839
- BRACHET Hypocondrie (1844)
- DESCURRET Médecine des passions (1844)
- LA BOULAGE De la passion et du bien-être matinal considéré dans ses effets sur les maladies des paupres et des individus P. 1846
- LORDAT J. Théorie physiologique des passions humaines Montpellier 1853
- LARIVIERE (Ch) De l'influence des agents moraux et de leur mode d'action sur l'organisme Paris 1855
- DESCURET Les merveilles du corps humain Paris 1856
- LORDAT Théorie physiologique des passions humaines Montpellier 1853
- AXENFELD Traité des névroses 1863 (2e édition préfacée par M. Huchard 1883) Très nombreuses références depuis 1601 dont celles de Zacchias (1639) Willis (1670) Sydenham (1682) Stahl (1698) Hoffmann (1708) Haller (1752) Zimmermann (1811) Louyer Villemey (1802) Read (1816) Marc (Art du dict des soc mod : névroses hydrophobiques, hydrophobie morale de Trousseau.
- LETOURNEAU Physiologie des passions Paris 1868

- BOUCHUT Névroses congestives de l'encéphale (gaz hebdomadaire 1869)
- MOREAU DE TOURS Traité pratique de la folie névropathique Baillière 1869
- WESTPHAL Archiv für psychiatrie (1872)
- BENEDICT Reflex neurogen (Obster Zeitsch für prakt medicin 1873)
- BENNEDETTI Giovanni De l'urticaire dans les névroses (Il Raccoglitore medico p 357) (1875)
- MOBIUS Veber neurasthenia cerebralis (Memorsbihen n° I) (1877)
- G. BEARD Neurasthenia (nervous exhaustim) Its nature, symptoms and treatments. American nervousness ; its causes and consequences
- J.S. JEWELL The varieties and causes of neurasthenias (the journal of nervous and mental disease chicago january 1880)
- B.BALL Considerations sur l'ischémie cérébrale fonct. (Encéphale n° I 1881)
- RIBOT (Th) Les maladies de la volonté 2e édition Paris 1884
- NAHLOWSKY Das gefühlleben in seinem wesentlichen Erscheinungen und Beziehungen Leipzig 3e édition 1884
- BAIN Les émotions et la volonté Trad Française 1885 Alcan
- CHARCOT Le cours du mardi (1887 - 88)
- PLESSNER (P) Die lehre von den Leidenschaften bei Descartes 1888
- BOUVERET L. La neurasthénie épuisement nerveux Baillière 1891
- FERE Pathologie des émotions Etudes physiologiques et cliniques (1892)
- GARDAIR F. Philosophie de St Thomas Les passions et la volonté Paris 1892
- HUFELAND L'art de prolonger la vie Paris 1896
- PITRES Semeiologie des obsessions et des idées fixes Bordeaux 1897
- DE LA TOURETTE G. Maladies du système nerveux (états neurasthéniques) 1898
- FERE (Ch) L'instinct sexuel Alcan 1899

- RIBOT (Th) Essai sur l'imagination Paris 1900
- MANAUD La névrose d'angoisse An méd psy (anal) 1901 III 497
- SOLLIER P. L'hystérie et son traitement Paris 1901
- CAPGRAS J. Névrose d'angoisse An méd psy 1903 II 397
- PERE Excitation sexuelle dans l'angoisse An méd psy 1905 I 483
- LAVRAN H. Traitement de la volonté et psychothérapie Paris 1907
- RIBOT Th Essai sur les passions Paris 1907
- MOSSO V. Influence des émotions sur la force des muscles
Pise Admn des archives ital de biologie 1908
- DUBOIS (de Berne) Les psychonévroses et leur traitement moral
(prof de Dejerine) Masson
- GALLIEN Traité des passions de l'âme et de ses erreurs Trad
franç Paris 1914
- JANET P. Les médications psychologiques : étude sur les métho-
des de la psychothérapie Paris 1919
- BUSCAMO (V.M.) Expression physique des émotions An méd psy (anal) 1921 - Les centres encéphaliques des réflexes émotifs 1921
an méd psy (anal)
- BOGDANOVITCH Vladislav Sur les rapports du physique et du
moral Th Paris 1922
- Mde FLEURY La psychonévrose émotive. Maladie de Dupré. Psy-
chasthénie. Obsessions (Path méd de Sergent Toy 1er tome Maloine
1924)
- ALIBERT J. L. Physiologie des passions Paris 1925
- HESNARD Les syndromes névropathiques Bain 1927
- DESCHAMPS ET VINCHON Les maladies de l'Energie Alcan 1927
- NATHAN M. Les psychoses évitables Flamm 1929
- GALLAVARDIN ET TOURNAIRE Les névroses tachycardiques Masson
1935
- RENAUD J. Hypocondrie et mal psychosomatique Th Paris 1953
- LAUR C.M. Dysharmonie psychique et troubles endocriniens
Sc méd prat. N° 2 fév 1954

TROUBLES NEURO-VEGETATIFS

CIRCULATOIRES ET ENDOCRINIENS

- ALBEAUX FERNET Les hormones en thérapeutique Legrand 1947
- ASSAILLY ET B. LAINE (pref du pr Guy Laroche) Exp scient franç 1948 (importante bibliographie)
- BARUK DAVID RACINE LOUVET Circulation cérébrale et psychoses Rev neurol n° 5 1939-40
- BARUK Psychiatrie médicale physiologique et expérimentale Masson 1938
- BARUK ET RACINE Les troubles de la circulation cérébrale et de la circulation générale dans les psychoses An méd psy 11 déc 1940
- BESANCON KOTZ COURCHET Accès mélancoliques rythmés par les règles S.M.H.P. 1947 N° 28-29
- CHARPENTIER R. Mélancolie et peulsient permanent An méd psy 1908 I 242
- CHARPENTIER R. ET COURBON P. Maladie de Basedow et psychoses maniaco-mélancoliques An méd psy 1908 I 227
- DANIELOPOLU Le système nerveux de la voie végétative (Dain 1944)
- DELAY J. Les dérèglements de l'humeur P.U.F. 1946
- LOGRE ET SANTENOISE Thérapeutique préventive antivagotonique Congrès de Quimper août 1922
- LOGRE Psychologie du malade (traité Roger Widal ; Teissier)
- MOSINGER Neuroendocrinologie et neuro organologie Masson 1954
- SANTENOISE D. Le système organo végétatif dans la folie intermittente 1921
- SANTENOISE D. ET P. ABELY Le système neuro végétatif chez les anxieux (An méd psy 1923 I 365)
- SANTENOISE D. Les troubles neuro végétatifs dans les maladies mentales (An méd psy 1938 I 527 et Congrès d'Alger 1938)
- SOUQUES A. Migraine et système neuro végétatif Rev neurol 1925
- SOUQUES A. Epilepsie et menstruation Presse Méd 7 fév 1931 p. 185

- TINEL Système neuro végétatif Masson 1937

- Citons enfin les nombreux travaux de De Gennes et Wallet, Herchbert, Baruk, Hamburger, Delay, P. Abely et ses collaborateurs, la thèse de Stova.

ANAPHYLAXIE

- SEGLAS ET DARCANNE Dermographisme chez les aliénés An méd psy 1902 I 32 Farlane J.M. et Winfield.

- Dermatoses chez les aliénés An méd psy (1906 II 83)

- AMIGO TAMBURINI L'anaphylaxie dans les maladies nerveuses et mentales (An méd psy (anal) 1916 17 I 266

- LAGRIFFE Anaphylaxie dans les maladies mentales et nerveuses An méd psy 1916 17 I 462

- SANTENOISE LE GRAND ET VIDACOVITCH Rôle du pancréas dans l'hypervagotonie. Ses indications thérapeutiques dans quelques cas de psychose et névrose avec hypervagotonie. Encéphale avril 1926

- TINEL ET SANTENOISE Le rôle du choc dans les crises d'excitation d'anxiété ou de confusion ; Encéphale juillet-août 1926

- PASTEUR VALLERY RADOT ET LUCIEN ROUQUES Les phénomènes de choc dans l'urticaire Masson 1930

- PASTEUR VALLERY RADOT ET Mlle V. HEIMANN Hypersensibilité spécifique dans les affections cutanées (1 vol 1930)

- BESREDKA Le choc anaphylactique et le principe de la désensibilisation 1930 Masson

- BESREDKA Anaphylaxie et anti anaphylaxie Masson

- METALNIKOV S. Rôle du système nerveux et des facteurs biologiques dans l'immunité 1934

- METALNIKOV S. Les réflexes conditionnels dans l'immunité 1935

- DAUMEZON G ET CASSAN / Balancement par électro-chocs des crises d'asthme et de phénomènes cyclothymiques An méd psy 1943 I 429

- DELAY J. ET M. ZIMAR Etude psychosomatique d'un cas d'asthme bronchique (An méd psy 1948 II 349)

- GLENER G. M. Caractère réflexo-conditionné de certaines formes de prurit et de leur traitement. Congrès de Vénérologie et dermatologie 1952 n° 4 (d'après les cahiers de médecine soviétique d'août 1953)
- PODYTZOVSKAIA Les rapports dermo-corticaux et leur expression clinique pathologique 1953
- SIVADON P. La notion d'allergie émotionnelle (An méd psy n° 2 fév 1953) avec rappel des travaux de Baruk, Mlle Pascal, Hyvert, Van der Horst.
- SIVADON P. ET Mlle H. MAOKIDI Le temps de latence dans les névroses post émotionnelles (An méd psy fév 1953)
- Citons les travaux de Pasteur Vallery Radot, Richet, Arthus, Paquet et Schick, Otto, Roseman et Anderson, Vidal et ses élèves, Abrami, Brissaud, Jaltroun.

DIVORCE

- MARCHAND L. ET USSE F. L'idée pathologique de divorce An méd psy 1913 I 604
- HAUGER E. Divorce, détresse des enfants An méd psy (anal) 1945 II 222
- EY H. A propos des enfants de ménages divorcés de C Aifter Ev psy 1949
- BACHET M. Vers une psychiatrie pénitentiaire ; paragraphe sur le divorce. Congrès de criminologie Rome, fév 1955

HYPNOTISME - MAGNETISME

- Il est impossible d'évoquer toute l'histoire de la philosophie de la médecine. Parmi les ouvrages anciens :
- RICHER P. Etudes cliniques sur la grande hystérie 1885
- VOISIN A. Traitement de l'aménorrhée par la suggestion hypnotique An méd psy 1887 I 279
- PITRES Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme Doin 1891
- Citons : les travaux de Mesmer, le "Braidisme", les noms célèbres de Charcot, Bernheim, Grasset, Luys, Liebault, Culleuve, Ch Richet, Benedikt, A. Voisin, Fovelate.

- 1er congrès de l'hypnotisme 1890 (édit Doin)
- Pathologie de l'Esprit de Mandosley (1867)
- Histoire du merveilleux (Figuier)
- Psychologie morbide de Moreau de Tours
- BRENER ET FREUD Mécanisme psychique des phénomènes hystériques 1896
- Plus récemment : les travaux de Bechterew (1909) Milné Edwards Volgyesi, Lloyd Tuckey (1914)
- PLATANOV ET G.Z. VELZOSKY Hypnose en chirurgie, pour l'accouchement et en gynécologie (An méd psy (anal) 1926 I 275)
- BILLASTROIN 1932
- DOUPE W.B. MILLER W.K. KELLER (anal dans Ann méd psy 1940 II 73)
- BERTHOLD STOKVIS (anal An méd psy 1937 II 7II - Bogolepov (anal An méd psy 1938 I 546) - Steck (anal An méd psy 1942 I 85)
- Parmi les travaux modernes (essentiellement anglais, américains, mais aussi hongrois, russes, allemands), consulter :
- "The British Journal of Medical hypnotism" édit par Van Pelt.
- ODIER Ch L'angoisse et la pensée magique Delachaus et Niestle 1947
- VAN PELT Hypnotic suggestion (1955)
- KARTAMISIER Traité d'hypnotisme Kiev.
- MEDZIG Hypnose et suggestion dans le traitement des dermatoses Moscou, 1953
- PADOVANI M. BACHET Actes du congrès de psychiatrie Paris 1950

Une oeuvre fondamentale reste celle de P. JANET

- Traité de l'angoisse à l'extase
- De l'automatisme psychologique

A propos des travaux de P. JANET

Professeur Delay, congrès international de psychiatrie, les mémoires de P. Quercy et D. Quercy (An méd psy)

INconvénients pratiques hypnotiques :

- CLERAMBAULT : oeuvre psychiatrique
- G. BALLEET ET DHEUR (1903) , J. DONATH (1906), SOLLIER ET BOISSIER (1907), G. BALLEET ET MONIER VINARD (1903), LEVY VALENSI ET LERAT (1909), CAPGRAS ET TERRIEN (1912), P. SCHIFF (1926), DECHEM (1924), A. MARIE (1904), BONNET (1913), LERRY ET POTTIER (1930)

Aspects physiopathologiques de ces inconvénients :

- BARUK H. Les dissociations de la personnalité (P.U.F.)
 - PAVLOV Travaux déjà cités
 - JOURU Névroses in man and animal An méd Assoc 1932 T 99 p 1032
 - MARINESCO ET KREINDLER Traité de psychiatrie
 - STRENCHOUK IV KI Platonov "Suggestions et hypnose à la lumière de Pavlov" Journal de Pavlov de l'activité nerveuse supérieure. 1952 Tme II n° 5 (URSS)
 - BACHET M. ET MARCHAIS P. évoquent les difficultés tenant à l'application thérapeutique de l'hypnose dans :
 - BACHET M. Note préliminaire concernant l'emploi enthérapeutique humaine des méthodes provoquant des inhibitions de type hypnotique. Confrontations avec les idées exprimées par Pavlov dans les leçons sur l'activité du cortex cérébral (An méd psy XII 1951)
 - BACHET M. Problèmes soulevés par le traitement de l'alcoolisme en créant un réflexe conditionnel après inhibition sans chimiothérapie (An méd psy fév 1952)
 - BACHET M. Inhibitions de type hypnotique et inhibitions par l'ambiance en thérapeutique psychosomatique (Gaz méd de france n° 14 juil 1953)
 - BACHET M. Inhibitions of hypnotic type and inhibitions due to surrounding conditions in psychosomatic therapy. Brit Journ of méd hypn Summer 1954
 - BACHET M. ET MARCHAIS P. Le problème actuel des guérisseurs. Confrontation avec l'expérience d'un service de psychiatrie hospitalière (An méd psy n° I janvier 1954)
 - Au moment de mettre sous presse, citons :
 - CHERTOK L. L'utilisation médicale de l'hypnose. A propos du récent rapport de la "British medical association". Gaz. méd. de France, n° 10 mai 1955.
- Cet article accentue nos inquiétudes en ce qui concerne les services que l'hypnose peut rendre dans l'anesthésie, l'analgésie obstétricale et les opérations dentaires.

TRAVAUX GENERAUX

- SETCHENOFF Ivan Etudes psychologiques 1863 Trad franç Reinwald 1884
- POWER H. Relation of ophtalmie Disease to the sexual organs Lancet 26 nov 1887
- SAVAGE "Mariage and Insanity" Dict of psy méd
- BALL Folie érotique 1890
- SEGLAS J. Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (1895)
- SOLLIER Genèse et nature de l'hystérie Alcan 1897
- FOREL Die Sexuelle Frage (1906)
- DUPRE ET CAMUS (Mémoire) Les cénesthopathies Encéphale 1907
- VOIVENEL P. La maladie de l'amour Paris 1925
- MALLET Les Obsédés (Préf de Seglas) Doin 1928
- MONAKOW C. ET R. MOURGUE Introduction biologique à l'étude de la neurologie et de la psychopathologie, Alcan 1928
- SOUQUES Etapes de la neurologie dans l'antiquité grecque. D'Homère à Gallien Masson 1936
- LECOMTE M. Conflits sociaux et psychose An méd psy 1938 I 387 (anal)
- DELAY J. Psychiatrie et tendance actuelle de la psychologie An méd psy 1943 I 160
- LECOMTE M. Pour une médecine psychiatrique au service des hopitaux An méd psy (anal) 1945 II
- BARUK H. Psychiatrie morale expérimentale individuelle et sociale P.U.F. 1945
- ROGER H. Elements de psychophysiologie Masson 1946
- NICEFORO Alfredo L'unione profonda e la sua maschera. Fracelli Bocca Edition Milano 1949
- BACHET M. Etude sur les états de nostalgie Masson 1950
- DELAY J. Les dérèglements de l'humeur P.U.F. 1950

- DELAY J. La psychophysiologie humaine P.U.F. 1951
- DELAY J. Le Jacksonisme de Ribot Encéphale n° 3 1951
- NICEFORO A. (in criminologia) La donna, biopsicologia delinquenza prostituzione, le varie et a della vita umana. Frocelli Bocca 1952
- DELAY J. Etudes de psychologie médicale P.U.F. 1953
- EY H. Etudes psychiatriques Desclée de Brouwer 1953
- Orientation des théories médicales en U.R.S.S. (cent cult et économ France-U.R.S.S.) 1953
- MONTASSUT Rapport au congrès de psychiatrie de langue française 1953
- MONTASSUT Conceptions générales et sources traditionnelles de la médecine psychosomatique (Gaz méd de France n° 14 juil 53)
- GUIRAUD Psychiatrie générale (Le Français) 1954
- MOSINGER Neuroendocrinologie et neuroorganologie Masson 1954
- PERRAULT M. KOLTZ B. HARL S. Thérapeutique des maladies psychosomatiques E.M.C. psy sept 54 25985 A 10
- PAVLOV Typologie de l'activité nerveuse supérieure P.U.F. 1955
- BARUK H. Psychiatrie sociale P.U.F. 1955

TABLe DES MATIERES

Introduction	1
Mode de recrutement	5
Examen	7
Comparaison avec les "douleurs du dos" d'origine affective	12
Problème du contact médecin- malade	15
Palper de l'abdomen	19
Traitement	20
Les réflexothérapies	20
Médicaments et ordonnance . .	44
Le problème des psychothérapies	49
Problème des repos	54
Problème de médecine sociale .	57
"Douleurs du dos" d'origine affective-sexuelle	57
Associations thérapeutiques devant les problèmes les plus difficiles	59
A) Les succès	64
B) Les échecs ou cas difficiles	68
Névroses obsessionnelles	89
Les associations avec des troubles de type anaphylactique	102
Mythomanie et hystérie	109
Psychopathologie de nombreux divorces	122
Problème de l'hypnose	123
Conclusions	140
Bibliographie	142

